ROK II № 5—6

MAJ — CZERWIEC — 1927

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
WSZYSTKIM DZIAŁOM
DENTYSTYKI

*

Redaktor: Lekarz-Dentysta S. Sokalski. Łódź, Andrzeja № 4. Telefon № 54-12
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik. Łódź, Piotrkowska № 23. Telefon № 23-73

*

TREŚĆ:

115

Zakłady Graficzne
FILIPA GRAPOWA w ŁODZI
Gdańska 87

PRZYPADEK CAŁKOWITEGO ZATRZYMANIA ZĘBA GÓRNEGO SIECZNEGO O KSZTAŁCIE ATYPOWYM U 42 LETNIEGO PACJENTA.

A. STRUŃSKI ŁÓDŹ.
Lekarz-Dentysta

Pan B. lat 42 zgłosił się do mnie, komunikując, że już od szeregu lat wyczuwa przy dotyku w okolicy dużych siecznych górnych twarde uwypuklenie. Badanie wykazało mocno rozwiniętą górną szczękę i żuchwę; śluzówka barwy naturalnej, za wyjątkiem okolicy lewego bocznego siecznego, gdzie stwierdzono przerost tejże; w dolnej szczęce wszystkie zęby obecne, niedotknięte próchnicą; w szczęce górnej: w prawym kle wypełnienie krzemowe, w prawym pierwszym dwuguzkowcu-amalgamatowe, w lewym bocznym siecznym — cynko-fosfatowe; chroniczny stan zapalny okostnej pnia lewego bocznego; prawy duży sieczny nieobecny; pacjent nie przypomina sobie wogóle, by kiedykolwiek ząb ten posiadał. Chory czuje się dobrze, skarży się tylko na pewnego rodzaju niewyraźne uczucie w okolicy górnych siecznych, szczególnie przy poruszeniu górną wargą.

Ponieważ stwierdziłem chroniczny stan zapalny okostnej pnia bocznego siecznego, przypuszczałem, że korzeń ten był przyczyną niedomagań chorego, i takowy wyjąłem.

Po pewnym czasie p B. zgłosił się do mnie powtórnie i zakomunikował, że uwypuklenie nie zmniejszyło się i nie jest mniej twarde, niż było. Skierowałem pacjenta do roentgenologa. Zdjęcie roentgenowskie stwierdziło obecność w zębodole dobrze rozwiniętego siekacza zatrzymanego.

Pacjent zgodził się na wyjęcie zęba.



Zdjęcie w pozycji leżącej. Zdjęcie w pozycji siedzącej.
Oś zęba zwrócona ku tyłowi.

Zastosowałem znieczulenie miejscowe 2% Novoc. Zrobiłem cięcie podłużne śluzówki przez powierzchnię wargową między prawym bocznym a lewym dużym siecznymi, powyżej brzegu wyrostka zębodołowego, w miejscu, gdzie podług zdjęcia roentgenowskiego znajdować się powinna była część koronowa zatrzymanego zęba. Uniosłem i odsłoniłem następnie

haczykiem brzegi śluzówki, zeskrobałem ozębną i cienkiem wiertłem różyczkowem wyciąłem w ścianie zębodołu okno wielkości mniej więcej korony siekacza. Zapomocą dźwigni Tomes'a wyważyłem zupełnie dobrze rozwinięty siekacz. Korona zatrzymanego zęba krajem siecznym skierowana była ku jamie nosowej, natomiast korzeń kształtu zygzakowatego wygięty był wgórę i wtył (cały ząb zupełnie przypominał kształtem fajkę do palenia. Red).

Po upływie kilku tygodni rana zagoiła się zupełnie, pacjent czuł się dobrze i więcej na bóle się nie skarżył.

Z przytoczonego wyżej opisu wynika, że miało się do czynienia z całkowitem zatrzymaniem (Scheff i Hoffendahl) nienadliczbowego siekacza; przypadki typowe zatrzym. siekaczy należą podług Luniatschecka i Pfistera do grupy II, gdyż pierwszą grupę — najwięcej spotykaną — stanowią kły. Przyczyny zatrzymania ustalić nie można było, takowe jednak nie zostało spowodowane zmniejszoną przestrzenią między zębami, nienormalnie krótką szczęką, zwężonym łukiem zębowym lub sąsiednim zębem, który by zajął miejsce zatrzymanego (Scheff).

Więcej prawdopodobnem ze względu na kształt zęba i znaczne odchylenie korzenia, byłoby przypuszczenie, że zatrzymanie zęba spowodowane zostało urazem podczas procesu rozwoju zęba.

U „Porta i Eulera" czytamy: „Od czasu do czasu spotykamy zęby, gdzie część korzeniowa jest odchylona pod kątem prostym. Tego rodzaju odchylenia tłumaczą nie bez słuszności działaniem urazu, który powstał wtedy właśnie, kiedy rozwój części koronowej zęba był już zakończony. Wunschheim dowiódł na przekrojach, że w wielu przypadkach da się ustalić nadłamanie, wtórne zaś twory — częściowo z zębiny, częściowo z okostnej pochodzące — doprowadziły do ponownego zrośnięcia".

Podług Scheffa teorja ta nie została dowiedzioną

Natomiast Schröter (Z. R. 1925 № 12) opisuje przypadek zatrzymanego zęba (rycina uwydatnia kształt tegoż; takowy zupełnie przypomina ząb z mego przypadku z tą różnicą że korzeń opisanego przeze mnie posiada formę zygzakowatą t. z jeszcze większe odchylenie od kształtu normalnego). Schröter, ze względu na formę zęba, twierdzi, że przyczyną zatrzymania był uraz, gdyż w miejscu odchylenia korzenia pod kątem występuje zgrubienie, które dowodzi, że właśnie w tem miejscu nastąpiło nadłamanie.

W przytoczonym przez Schrötera i w moim przypadku brak, niestety, badania drobnowidzowego, które przyczynić by się mogło do orzeczenia ścisłego. Pan B. nie zgodził się na pozostawienie zęba u mnie, gdyż, ze względu na niezwykłą formę, przedstawiał on dla pacjenta atrakcję nielada.

FOETOR EX ORE.

R. LITWIN
Lekarz-Dentysta
ŁÓDŹ.

Ze strony sfer fachowych nie przywiązuje się do choroby tej wagi należytej, na którą w istocie zasługuje — wszak bardzo często pociąga takowa za sobą ważne następstwa dla ogólnego stanu zdrowia. Foetor ex ore bardzo dotkliwie daje się we znaki osobom chorobą tą dotkniętym i działa odrażająco na najbliższe otoczenie, które cuchnącem powietrzem oddychać musi.

Oprócz całego szeregu ogólnych niedomagań (choroby żołądkowe, płucne, nerek, cukrzyca, choroby nosa i zatoki szczękowej, stany zapalne śluzówki jamy ustnej i inne cierpienia), zwykle bezpcśrednim powodem cuchnienia jest niedbałość o czyste utrzymanie jamy ustnej.

Ustalono, że przy schorzeniach zębów i niedostatecznej czystości jamy ustnej wzrasta w niej w znacznym stopniu flora drobnoustrojowa. Rozpad tkanki, wypełniającej ubytki próchnicowe, zawartość kieszonek dziąsłowych, lepki osad, przylegający do zębów, wszystko to stanowi doskonałe podłoże odżywcze dla wszelkich drobnoustrojów chorobotwórczych.

W ostatnich czasach zauważono, że foetor ex ore powstaje również i z innych powodów, gdyż przyczyniają się do powstawania choroby tej tak zwane czopy (korki), które tworzą się przeważnie w migdałkach podniebiennych; ukazują się również w zagłębieniach migdałów przełyku. Dawniej nie zwracano uwagi na szkodliwy wpływ tych czopów (korków) — obecnie wiadomem jest, że oprócz odoru zgnilizny wywołują takowe kłócie i drapanie w gardle a często bywają przyczyną zapalenia gruczołów migdałowych. Obecność czopów w migdałkach najłatwiej rozpoznać można, gdy po uchwyceniu zgiętym zgłębnikiem przedniego łuku miękkiego podniebienia odciągniemy je cokolwiek ku przodowi. Wówczas czopy występują nazewnątrz. Jeżeli w ten sposób nie dojdziemy do celu, to najczęściej odnaleźć je możemy na wierzchołkach migdałów, które w tych przypadkach są wyraźnie zaognione. Złogi na migdałach podniebiennych stanowią produkt procesu śluzowo-ropnego o przebiegu chronicznym i przedstawiają się jako żółtawe, zielone, lub białawe okrągłe, lub podłużne twory. W razie roztarcia lub zmiażdżenia wydają one bardzo nieprzyjemny odór. Jeżeli patyczkiem owiniętym watą nacisnąć w tych wypadkach na migdały ze strony przedniego łuku, występuje ciecz ropna o nieprzyjemnej woni. Objaw ten często wywiera bardzo szkodliwy wpływ na organizm. Wiadomo np, że reumatyzm stawów najczęściej rozpoczyna się od tego rodzaju objawów zapalnych w migdałach, które stanowią siedlisko bakterji chorobotwórczych. Następnie stwierdzono, że wymienione procesy zapalne w migdałach często podtrzymują reumatyzm stawowy. Wobec tego, że foetor ex ore, jako objaw chorobliwy, idzie bardzo często w parze z różnemi niedomaganiami ustroju, samo przez się zrozumiałem jest, że przeciwdziałanie tej chorobie często wymaga ścisłej współpracy dentysty i internisty lub też lekarza innej odpowiedniej specjalności. Niezależnie od tego czy foetor ex ore powstał z powodu działania czynników miejscowych czy też ogólnych — należy baczną uwagę zwracać na skrupulatne przestrzeganie przez chorych czystości jamy ustnej.

Codzienna profilaktyka jamy ustnej i gardzieli zapomocą płukań przeciwgnilnych wywiera przy foetor ex ore wpływ nader korzystny, gdyż dezynfekuje cuchnące organiczne substancje i jednocześnie zatrzymuje i redukuje do minimum stany zapalne śluzówki i dziąseł.

NOWE METODY W DZIEDZINIE TERAPJI ZAPALEŃ WRZODZIEJĄCYCH DZIĄSŁA I ŚLUZÓWKI JAMY USTNEJ.

(Z KLINIKI ODONTOLOGICZNEJ 1-GO PAŃSTWOWEGO UNIWERSYTETU W MOSKWIE)

J. H. ŁUKOMSKI

Z całego szeregu środków, używanych w celu leczenia ropnych stomatogingiwitów, żadnego nie można uważać za właściwy. Działanie terapeutyczne wszystkich tych środków polega na ich właściwościach antyseptycznych. Mam tu na myśli rozmaite „smarowania" i „płukania." Nie omawiając wszystkich tych środków zosobna, chcę stwierdzić jedną wspólną im wadę. Siła działania przeciwgnilnego środków tych jest ściśle związana z działaniem organotropowem tychże; im większa jest siła antyseptyczna danego środka, tem więcej zarazków zabija, w znaczniejszym jednak stopniu wówczas uszkadza tkankę i niszczy komórki.

Stwierdzenie faktu tego spowodowało w chirurgji triumf postępowania bezgnilnego. Równocześnie starano się wynaleźć środki przeciwgnilne o wyłącznem działaniu na drobnoustroje. To też możemy rozróżnić obecnie w chirurgji dwa kierunki. Przy leczeniu ran już zakażonych kładzie się głównie nacisk na ograniczenie rozmiarów rany i unika się zabiegów czynnych. Oszczędza się ranę i pobudza się właściwości biologiczne tkanki celem regeneracji takowej. Wskutek tego terapja ran stała się aseptyczną i zachowawczą. Stosowanie rozmaitych środków przeciwgnilnych i innych (tampony, dreny) jest obecnie ograniczone do minimum.

Z drugiej strony czyniono wysiłki w kierunku znalezienia takiego środka, któryby bezpośrednio oddziaływał na gojenie ran; w ten sposób powstała antyseptyka chirurgiczna i chemoterapja. Zmartwychwstała antyseptyka Listera, zmodernizowana przez najnowsze zdobycze chemji.

Wszystkie środki stosowane w terapji ran — w jamie ustnej służą zazwyczaj do walki z infekcją. W terapji ropnych zapaleń dziąseł stosuje się te same zasady; przewagę ma jednak terapja antyseptyczna

W patogenezie ropnych zapaleń dziąseł główną rolę odgrywają dwa czynniki, mianowicie: właściwości zarazków chorobotwórczych oraz odporność błony śluzowej jamy ustnej. Rzeczą zbyteczną byłoby dowodzenie znaczenia tych obu czynników, szczególnie zaś tego drugiego. O tem mieliśmy sposobność przekonać się podczas ostatniej wojny, gdy zapalenia ropne powstawały wprost epidemicznie. Niedostateczne odżywianie i głód, wyczerpanie intoksykacja – są to wszystko czynniki, osłabiające odporność organizmu wogóle, w szczególności zaś błony śluzowej. Stąd łatwe powstawanie owrzodzeń błony śluzowej jamy ustnej i słaba odporność na działanie bakteryj i ich jadów. W stomatologji kładzie się nacisk głównie na usunięcie drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się w jamie ustnej, nie troszcząc się przytem o błonę śluzową Pod wpływem działania środków antyseptycznych bakterje zostają zniszczone, równocześnie w znacznym stopniu zostaje uszkodzona i błona śluzowa. Wynik terapeutyczny jest przytem względnie słaby. Zadania nowej metody sprowadzają się do działania na drobnoustroje chorobotwórcze bez szkodliwego jednak wpływu na błonę śluzową.

Wiadomo, że dla życia i rozwoju bakteryj prócz odpowiedniej temperatury wielkie znaczenie posiada jeszcze koncentracja jonów wodorowyh (H) i wodorotlenowych (OH). Najmniejsze zmiany w koncentracji tych jonów wpływają ogromnie na cały szereg procesów życiowych. Jony wodorowe i wodorotlenowe znajdują się we wszystkich wodnych rozczynach, w których zachodzą procesy biologiczne. Istnienie pewnego określonegoześrodkowania jonów jest ważnym czynnikiem w życiu jedno i wielokomórkowych organizmów. Obserwacja rozrostu drobnoustrojów poucza nas, że takowe wykazują tylko ograniczoną odporność na zmiany zachodzące w ich środowisku. Stopień rozrostu drobnoustrojów zależny jest od pewnej zupełnie określonej koncentracji wodorowej Jeśli chodzi o jamę ustną, to ślina jest tym środowiskiem, w którem znajdują się bakterje. Stąd wynika, że przez zmianyześrodkowania wodorowego można stworzyć takie warunki, które dla rozrostu bakteryj byłyby niekorzystne. Stwierdzone to zostało zapomocą doświadczeń. Przez zmianę koncentracji jonów powstaje w ten sposób możliwość unieszkodliwiającego działania na bakterje bez niszczenia przytem błony śluzowej. Oto są nowe sposoby antyseptycznej terapji wrzodziejących zapaleń śluzówki, przy których odczyn biologiczny na mikroflorę jest tym czynnikiem, który oszczędza błonę śluzową jamy ustnej. To było naszą myślą zasadniczą

Powstaje jednak pytanie, czy można koncentrację wodorową śliny dowolnie zmieniać w określonym kierunku? Otóż okazuje się, że można. Przeprowadzone łącznie z d-rem Gurary doświadczenia wykazały, że koncentracja wodorowa śliny w wysokim stopniu zależna jest od systemu parasympatycznego względnie nervus vagus. Stwierdzono, że dzięki substancjom wagotropowym można zmienić reakcję śliny: pilokarpina zmniejsza koncentrację wodorową (przesunięcie w znaczeniu alkalicznem), atropina wzmacnia koncentrację wodorową (przesunięcie w znaczeniu kwasowem czyli odczyn kwaśny).

Przy wyborze między pilokarpiną i atropiną uważamy za bardziej wskazane używanie pierwszej, a to z następujących powodów. Ślina, która się wydziela pod wpływem działania pilokarpiny, posiada następujące własności: ilość śliny jest zwiększona, konsystencja bardziej rzadka, odczyn alkaliczny Przy wrzodziejących zapaleniach dziąseł wszystkie te właściwości bezwzględnie uważać należy za korzystne. Obficie wydzielająca się ślina stwarza naturalne zwilżanie jamy ustnej. Odczyn alkaliczny również jest pożądany. W ten sposób, zalecając pilokarpinę, zalecamy jakby antyseptyczne płukanie, przyczem ślina o zmienionych właściwościach, które biologicznie szkodliwe są dla bakteryj a dodatnio wpływają na błonę śluzową, odgrywa w danym wypadku rolę płukania. Pilokarpina nietylko pobudza wydzielanie śliny, lecz równocześnie bezpośrednio oddziaływuje na błonę śluzową. Wiadomo, że pilokarpina powoduje rozszerzenie naczyń i wywołuje przekrwienie Przy wrzodziejących zapaleniach śluzówki, przekrwienie jest objawem sprzyjającym odradzaniu błony śluzowej jamy ustnej.

Na podstawie przytoczonych wywodów teoretycznych oraz doświadczenia praktycznego, zastosowaliśmy pilokarpinę przy leczeniu wrzodz. zapaleń śluzówki. Nadzieje w tym środku pokładane ziściły się w znacznej mierze. Również badania bakterjologiczne potwierdziły słuszność apriorystycznych tez. Po zalkalizowaniu śliny przez zastrzyknięcie pilokarpiny zaobserwowaliśmy już po 20-40 minutach zmniejszenie jadowitości

bakteryj. W celu stwierdzenia powyższego zastosowano badanie zapomocą hodowli.

Metodyka terapji. Jama ustna zostaje poddana odpowiedniemu przygotowaniu, kamień nazębny usuwa się, zęby i korzenie w razie potrzeby zostają wyjęte, zaleca się jednocześnie dietę, zachowanie higjeny oraz ogólnie wzmacniającą terapję. Podkreślam, że bez zastosowania tych środków ogólnych leczenie stomatitis jest nie do pomyślenia.

Leczenie zapomocą pilokarpiny sprowadzało się do 1-3 zastrzyknięć dziennie 1% rozczynu po 0,5 cm.^{3} Następnie przerwano stosowanie terapji miejscowej, by zaobserwować wynik spowodowany wyłącznie zastosowaniem pilokarpiny.

Wynik leczenia niejednakowy i zależy od charakteru procesu. Jednym z pierwszych objawów jest zmniejszenie się odoru zgnilizny z ust i zmniejszenie się lub całkowite ustąpienie bólu. Nieco później następuje polepszenie miejscowe, jednocześnie daje się zauważyć polepszenie stanu ogólnego. Niektórzy pacjenci twierdzą, że zażycie 5 — 8 krop. 1% roztworu pilokarpiny działa uśmierzająco na bóle.

Odczyn śliny, który został ustalony na drodze fizyko-chemicznej u całego szeregu chorych, wykazuje narastający stan alkaliczny. Tonus systemu parasympatycznego (nervus vagus) niepodwyższony

Przypadek wrzodziejącego zapalenia dziąseł.

	Przed zastrzyknięciem pilokarpiny	Po zastrzyknięciu pilokarpiny
20. III.	Ph = 7. 2	Ph = 7. 4
21. III.	Ph = 7. 4	Ph = 7. 8
23 III.	Ph = 7. 4	Ph = 7. 8
24. III.	Ph = 7. 4	Ph = 8. 2
25. III.	Ph = 7. 0	Ph = 7. 8

Proponując wyżej opisaną metodę, dalecy jesteśmy od uważania takowej za specyficzną. Narówni z innemi metodami jest ona tylko objawową. Nas nęciła przy opracowywaniu zagadnienia tego obok strony praktycznej jeszcze strona teoretyczna — mianowicie: poszukiwanie nowej drogi w terapji zakażenia miejscowego.

Z tych względów pozwoliliśmy sobie niniejszą pracę opublikować.

(Zeitschrift f. Stomatologie H. 1. 1927) *R. Hanftwurclowa (Łódź)*

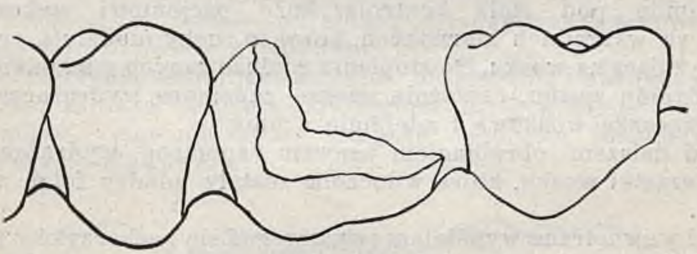
SPOSÓB DOKŁADNEGO SPORZĄDZANIA KORONY PIERŚCIENIOWEJ Z CZAPECZKĄ LANĄ.

DR. GREVE
(Friedrichstadt. Eider)

Aczkolwiek ogłoszono niezliczoną ilość prac, traktujących sprawę tę, pozwolę sobie jednak opublikować moją wypróbowaną metodę, która bezwątpienia przyczyni się do usunięcia tych niedokładności lub rozwlekłości, które idą w parze z dotychczasowemi przyjętemi metodami pracy. Tak samo jak każdy sposób wykonania nadaje się tylko w odpowiednich przypadkach, należy i mój system stosować w warunkach które temu sposobowi odpowiadają

Wogóle nie należy nigdy korzystać z jednej utartej metody we wszystkich przypadkach. Jednak ta, którą podaję na tem miejscu, nadaje się do większości przypadków i daje bardzo dokładne formy przy wielkiej prostocie wykonania. O wartości lub bezwartościowości korony obrączkowej z czapeczką laną w stosunku do innych konstrukcyj koron na tem miejscu mówić nie będziemy.

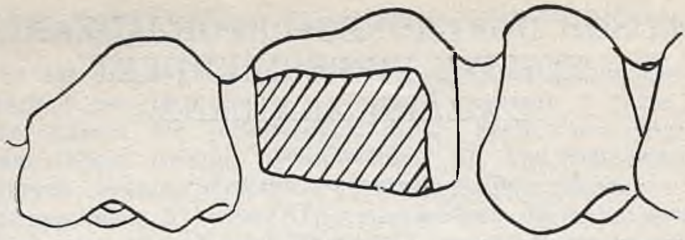
W literaturze w dostatecznej mierze omawiano już zasadnicze wymagania — jako conditio sine qua non — przy budowie koron t. z. że pień zęba powinien być dalece odbudowany przed sporządzeniem korony, i że między czapeczką gotowej korony a pniem zęba nie powinna znajdować się gruba warstwa cementu, jako warstwa sklejająca. Czy metoda przezemnie proponowana była już ogłoszoną — nie wiem



RYC. I.

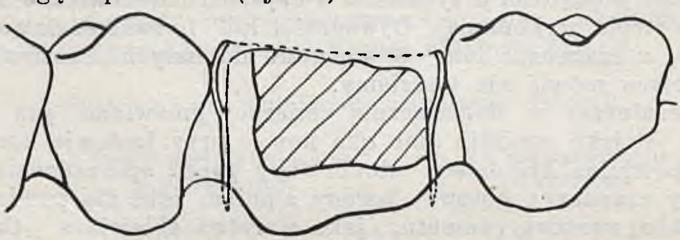
Przedewszystkiem buduję pień zęba w ten sposób, by stykał się z zębami przeciwległemi, następnie ścinam tyle powierzchni żującej, by pozostało miejsce na czapeczkę laną Nie zwracam przy tem uwagi na płaskość powierzchni górnej pnia, natomiast dbam o to, by formę takowej zastosować do powierzchni antagonisty; w ten sposób następnie staje się możliwem sporządzenie powierzchni żującej wszędzie w przybliżeniu jednakowej grubości.

Zeszlifowywanie powierzchni bocznych pnia odbywa się w sposób zwykły. Po wykrajaniu i zlutowaniu pierścienia, a następnie wtłoczeniu pod brzeg dziąsłowy, wycinam (po dopasowaniu) na górnym brzegu (jak na ryc. 3) kontur tak, że ściskam trochę górną krawędź pierścienia, kierując takową wewnątrz; zrozumiałem jest, że przytem kontury brzegu muszą być zastosowane do punktów stycznych powierzchni policzkowej i językowej.



RYC. 2

Następnie [a jest to właśnie najważniejsze w mojej metodzie] biorę skrawek folgi złotej — npr. № 35 do wypalanych wkładek porcelanowych (W. Herbst) — i upycham na powierzchni górnej pnia (Ryc. 4 F). Folga wrzędzie powinna być dobrze dopasowaną, powinna zwisać nad brzegami powierzchni górnej pnia i, jak wskazuje rycina, w miarę możności stykać się wszędzie z pierścieniem złotym. Jeśli folga przylega dobrze, nakrapiam dostatecznie grubą warstwę wosku do modelowania lub wosku do wkładek lanych na folgę i pierścień (Ryc. 5).

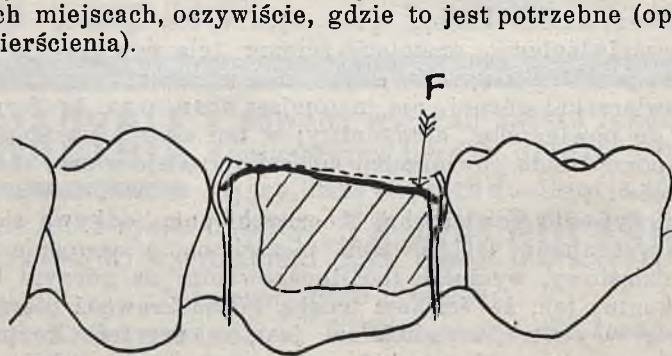


RYC. 3

Następnie pod stałą kontrolą każę pacjentowi wykonać ruchy zgryzowe we wszystkich kierunkach, które to ruchy modelują przyszłą powierzchnię żującą na wosku. Po stopieniu rozluzowanych gdzieniegdzie cząstek i ostudzeniu wosku, ostrożnie unoszę zapomocą wydrążacza pierścień wraz z czapeczką woskową i zdejmuję z pnia.

Przed dalszem obrabianiem usuwam zapomocą wydrążacza łyżeczkowatego cząstki wosku, które wtłoczone zostały między folgę a pierścień (Ryc. 5 ü).

Część wewnętrzną wypełniam (wystrzegać się pęcherzyków powietrza!) masą wyściłkową. Po stwardnieniu tejże, wycinam ostrym nożem powierzchnię żującą z czapeczki woskowej i ostrożnie nalewam kropelkami wosk w tych miejscach, oczywiście, gdzie to jest potrzebne (oprócz górnej krawędzi pierścienia).

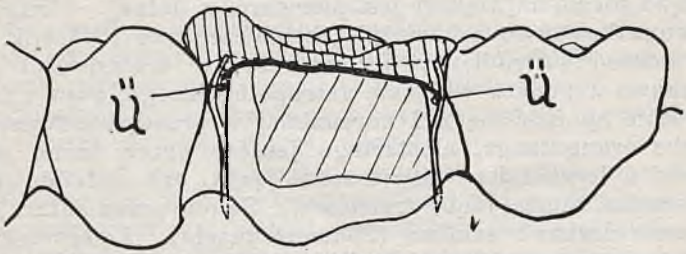


RYC. 4

Zdaje się, że przy tej manipulacji mniej ważne są starania o „ładne” modelowanie powierzchni żującej, natomiast należy jak najmniej zmieniać powierzchnię zgryzową, zbudowaną zapomocą nagryzania. Wreście zestawiam zwykłym sposobem koronę i dolutowuję czapeczkę do pierścienia zapomocą małych skrawków łączna, by takowe nie przedostało się na utworzoną przez folgę powierzchnię wewnętrzną.

Wyłuszczę zalety mojej metody:

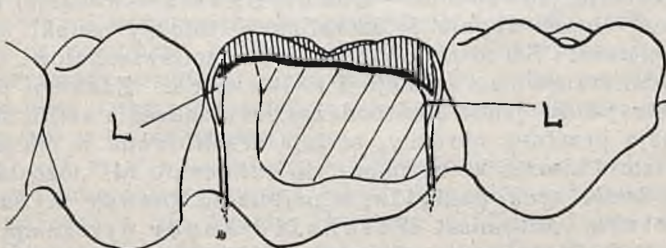
1) Niema potrzeby zeszlifowywania wybudowanego pnia i tworzenia powierzchni płaskiej; możemy więc zbudować pokrywę żującą jednakowej wszędzie grubości.
2) Dzięki zastosowaniu folgi czapeczka ściśle przylega do pnia, a wskutek tego pierścień może być ściśle na pniu osadzony i wtłoczony pod brzeg poddziąsłowy na potrzebną długość.



RYC. 5

3) Dzięki zastosowaniu folgi najdrobniejsze cząstki masy wyściłkowej nie zarysowywują jak zwykle powierzchni wewnętrznej czapeczki, która pozostaje zupełnie gładką, dzięki czemu staje się zbytecznem dalsze obrabianie i polerowanie takowej. Folga stapia się całkowicie z odlewem.

Zaletą stosowania folgi jest zupełne przyleganie korony przy wytwarzaniu przez samego pacjenta powierzchni żującej, ściśle odpowiadającej antagoniście, czego nie da się osiągnąć zapomocą innego sposobu, nawet w zgryzadle stawowem.



RYC. 6

Tuszę, że koledzy wypróbują moją metodę i w sposób prostszy a z wynikiem lepszym niż dotychczas będą mogli sporządzać korony obrączkowe.

S. Sokalski. (Łódź)

(Zahn. Rundschau № 28. 1926)

PRZYCZYNEK DO BUDOWY ZĘBÓW Z UWZGLĘDNIENIEM UZĘBIENIA ORANGUTANGA.

DR. MÜNCH. (Deutsche Monat. f. Zahnheilkunde).

Budowa uzębienia orangutanga jest najwięcej zbliżoną do budowy uzębienia ludzkiego. Centralny siekacz górny jest podobny do tegoż u człowieka; siekacze boczne przypominają kły; kły są duże, mocno rozwinięte. Pierwszy dwuguzkowiec bardziej niż u człowieka zbliżony wyglądem do kła: guzek podniebienny mało, a policzkowy nadmiernie rozwinięty; dwuguzkowiec drugi — dwukorzeniowy, korona podobna do ludzkiej. Z trzonowców w szczęce górnej największy jest pierwszy, w dolnej — drugi. W dolnej szczęce dwuguzkowce są przeważnie dwukorzeniowe (odśrodk. i dośrodk.) przyczem korzeń odśrodkowy jest szerszy, w trzonowcach odwrotnie. Jest to ciekawe z punktu widzenia antropologicznego, gdyż u ludzi można niejednokrotnie spotkać się z 2 korzeniami w przedtrzonowcach dolnych. Szkliwo zęba orangutanga, niestartego jeszcze przez żucie, jest pokryte szczelinami i dołeczkami na powierzchni język. czy podnieb. (zęby przednie) i powierzchni żującej (zęby trzonowe). Są one przez autora i Selenkę nazwane zmarszczkami szkliwa (Schmelzrunzeln). Zmarszczki te na kle przebiegają ze str. podniebiennej od granicy szkliwa z zębiną do brzegów stycznych, w przedtrzonowcach zaś mają przebieg promienisty od środka pow. żującej; tak samo w trzonowcach.

Na zębach ludzkich są dobrze ukształtowane guzki, lecz brak owych zmarszczek, u orangutanga zaś są tylko zaczątki guzków, które w pewnych przypadkach mogą jak u małpy być nadmiernie rozwinięte.

Co się tyczy budowy histologicznej, to na pierwszy rzut oka widzimy na szlifie liczne linje Retzius'a w szkliwie. Retzius pierwszy opisał owe linje w zębach ludzkich i razem z Linderem i Köllikerem tłumaczy powstanie takowych odkładaniem się szkliwa warstwami w czasie swego rozwoju. Inni autorzy: Wedl, Hertz, Czernak tłumaczą zjawisko to jako pigmentację, jeszcze inni — Ebner, Baume — uważają, że, wskutek niedostatecznej ilości wapnia w szczelinach, między słupki szkliwa dostaje się powietrze. Są to trzy najbardziej rozpowszechnione teorje.

Odmienne stanowisko zajmuje Preisswerk. Zdaniem jego linje te mogą się tworzyć dwojako: albo podczas przyrządzenia szlifu słupki szkliwa, które mają przebieg okrężny, zostają zeszlifowane w miejscu zgięcia, albo jest to istota kitowa, która barwi się odmiennie niż pozostałe szkliwo. Autor nie podziela tych poglądów, a najbliższą prawdy wydaje się być teorja Retziusa. Natomiast Walkhoff i Asper wyróżniają fizjolog. i patolog. linje Retziusa: pierwsze powstają naskutek niejednolitego odżywiania komórek szkliworodnych, drugie są wyrazem zaburzenia w odżywianiu organ. w czasie tworzenia szkliwa, co powoduje nieregularne odkładanie warstw szkliwa niejednakowej szerokości.

Linje Retziusa u orangutangów są dla nich typowe i mogą być zawsze stwierdzone, podczas gdy w zębach ludzkich mniej się uwydatniają a nieraz wogóle nie istnieją. Co się tyczy przebiegu linji Retzius'a, zauważyć można na szlifie podłużnym w koronie, że przebieg takowych odpowiada przebiegowi owych zmarszczek szkliwa, na szlifie zaś poprzecznym linje mają przebieg okrężny. Zaczynają się na samej granicy szkliwa

z zębiną i najbliżej zębiny leżące szkliwo jest pozbawione tych linji. Ten ostatni szczegół jest b. ważny dla etjologji.

Takie same linje zauważyć można również w szkliwie blisko zębiny, a mają one kształt b. delikatnych linij, tworzących z powierzchnią zębiny kąt ostry i ciągną się do samej zębiny, a więc inaczej niż w pozostałej części koronowej, gdzie w przebiegu tworzą kształt łuku, którego końce nie dochodzą do zębiny.

Dziś najbardziej rozpowszechnione jest zdanie, że przyczyna kształtowania się linji Retziusa tkwi w odkładaniu wapnia warstwami w organicznej podstawowej substancji, czyli niedostatecznem zwapnieniu, inaczej jest to anomalja w strukturze. Zaburzenia te spotykamy również w zębinie w postaci przestrzeni międzykulkowych.

U orangutangów, u których spotykamy bardzo regularne linje Retziusa w szkliwie, nie spotykamy w zębinie tak znacznych zaburzeń w procesie zwapnienia.

Ciekawem jest, że zaburzeń w procesie zwapnienia nie obserwujemy we wcześniej odkładanych warstwach szkliwa, natomiast takowe ukazują się w okresach późniejszych rozwoju i to systematycznie.

Dla wyjaśnienia pochodzenia tych warstw należy zwrócić uwagę na 2 czynniki: rozwój szkliwa i rozwój miazgi.

Dawny pogląd na tworzenie szkliwa (produkt przekształcenia komórek szkliworodnych w pryzmaty szkliwa) upadł. W czasach obecnych powszechnie przyjętym jest pogląd, że szkliwo jest produktem działania komórek szkliworodnych. Niema jeszcze uzgodnionego zdania co do rodzaju tego produktu oraz co do budowy histologicznej szkliwa. Sprawa obecności istoty kitowej dzieli autorów na 2 obozy. Podług hipotezy zwolenników teorji obecności istoty kitowej — przestrzenie międzykomórkowe pomiędzy komórkami szkliworodnemi zamyka od strony miazgi szkliwnej i zębiny końcowa sieć, która w dalszym ciągu tak się zmienia, że poszczególne beleczki w odcinkach końcowych grubieją i stanowią później ścianki pryzmatów szkliwa; odcinki środkowe zmniejszają się i stają się przepuszczalnemi dla istoty międzykomórkowej komórek szkliworodnych, która stanowi późniejszą istotę kitową.

Komórki szkliworodne we wczesnym okresie są wypełnione kropelkami t. zw. präemail lub präadamantin (szkliwo zarodkowe) i wydzielają te ostatnie do wyżej wspomnianych zgrubiałych ścianek siatki, które przekształcą się w pryzmaty szkliwa. Dzięki stale powiększającym się wydzielinom pryzmaty grubieją, coraz mocniej do siebie przylegają i powodują zgęszczenie substancji między pryzmatami szkliwa; substancja ta przekształca się w istotę kitową.

Walkhoff wogóle nie wierzy w istnienie istoty kitowej. Przypuszcza, że początkowo ameloblasty tworzą jakoby organiczną podstawę w postaci delikatnej warstwy t. zw. tkanki Huxley'a. Narząd ten zostaje dalej zużyty do zbudowania pryzmatów szkliwa; pomiędzy poszczególnemi warstwami odkładają się wysepki soli wapnia, które stopniowo się rozrastają.

Różne są teorje i poglądy, lecz pewnem jest to, że sole wapnia — przy rozwoju odkładane przez czas dłuższy — zostają jako całość w postaci luźnego pokładu, który może ulec zmianom zewnętrznym naskutek postępującego w dalszym ciągu nawarstwiania. To ostatnie powoduje odchylenie od prostolinijnego przebiegu pryzmatów szkliwa; odchylenia te są znaczniejsze w zębach zwierzęcych, które szybko się rozrastają. Odchylenie to tłumaczy się trwającą przez dłuższy czas elastycznością również podatnością na czynniki zewnętrzne pryzmatów i zaznacza się w kształcie

linji łamanej i łuków, które są porozrzucane i tworzą wiązki Najbardziej uwydatnia się to zjawisko w zębach kocich. Niektórzy tłumaczą takowe w sposób następujący: komórki szkliworodne naskutek braku miejsca w miarę rozwoju szkliwa zostają ściśnięte, produkują mało szkliwa, ostatecznie ulegają zanikowi.

Odcinki te, które później występują jako linje Retziusa, są widoczne w miejscach substantia eburnea, która odpowiada najgłębszym punktom nabrzmiałości szkliwa (Schmelzwülste), natomiast w odcinkach powierzchownych są normalne pokłady wapnia, gdyż komórki szkliworodne mają tu więcej przestrzeni. W istocie l. Retziusa przebiegają u orangutangów przeciętnie równomierną linją łukowatą, która odpowiada powierzchni szkliwa.

Zachodzi pytanie, skąd powstają czynniki zewnętrzne, jak ucisk i przesunięcie w rozwijającym się zębie. Otóż, rozwijająca się i rozkładająca się miazga zarodkowa dzięki rozrostowi i podziałowi komórek staje się jakoby sprężystą i wywiera ucisk na zewnętrzną powłokę t. j. na twarde elementy zębowe. Naprężenie owe wpływa na zębinę i przylegające młode szkliwo w postaci ucisku; dalej przechodzi na woreczek zębowy, młody zębodół, który ze swej strony uciska na szkliwo. Na zębinę wyżej wywymienione czynniki nie wpływają, a to dlatego, że kanaliki zębinowe wraz z wypustkami (w nich przebiegającemi) tworzą mocniejszą budowę niż szkliwo. Jednak i tutaj blisko miazgi są również pewne odchylenia od równomiernego przebiegu.

Miazga zębowa jest więc czynnikiem, który wywołuje powyższe zmiany. Że na granicy szkliwa i zębiny u orangutangów brak linji Retzius'a tłumaczy autor tem, że w czasie odkładania pierwszych warstw szkliwa miazga zarodkowa nie posiada jeszcze tej siły, by wywołać ucisk.

Streszczając, wnioskujemy:

1. Szkliwo wykazuje typowe linje Retziusa, które przebiegają równolegle do zmarszczek szkliwa.

2. Linje te nie rozpoczynają się w pierwszych pokładach szkliwa, lecz nieco w późniejszych.

3. Linje Retziusa w postaci spotykanej u orangutangów — są to najprawdopodobniej niezupełnie zwapniałe uczątki, tworzenie się których spowodowane zostało uciskiem rozrastającej się miazgi, co również daje zaburzenia w prostolinijnym przebiegu pryzmatów szkliwa.

M. Kalisz. (Łódź)

DWA PRZYPADKI NEWRALGJI NERWU ŻUCHWOWEGO, SPOWODOWANEJ NOSZENIEM CAŁKOWITEJ DOSTAWKI.

DR. AYME. (La Semaine Dentaire, Janvier 1927)

W przerwie kilkumiesięcznej mieliśmy możność zaobserwowania dwu przypadków newralgji nerwu żuchwowego gałęzi nerwu trójdzielnego, przypadków, w których znaczną, jeśli nie główną rolę, odegrało noszenie dostawki.

Przypadek 1. Pan C., liczący 72 lata, nosi dostawki dolną i górną całkowite, bez sprężyn. Ostatnie ekstrakcje w jamie ustnej p. C. były przeprowadzone dużo lat temu. P. C. dobrze dostawkę znosił i posługiwał się nią normalnie. Mimo to po upływie 1½ miesiąca od dnia umieszczenia dostawki, pacjent użala się na bóle w miejscu zetknięcia z całym zewnętrznym brzegiem dostawki dolnej strony prawej. Ran niema,

pomimo to zmniejszamy wysokość sztucznego dziąsła z tej strony. Po 8-iu dniach pacjent zjawia się znowu, dostawki nie może już nosić; mamy przed sobą wszystkie objawy newralgji nerwu żuchwowego prawej strony. W szczególności zetknięcie się czegokolwiek z prawą połową dolnej wargi wywołuje nieznośne bóle. Postawiwszy rozpoznanie newralgji, przeprowadzamy wyjęcie nerwu żuchwowego drogą zewnętrzną przez otwór żuchwowy (znieczulenie pniowe) Po 15 dniach chory posługuje się już nanowo dostawką; newralgja nie powtórzyła się.

Przypadek 2. Pani C. licząca 60 lat. Górna połowa ust dobrze utrzymana, na dole znajdują się tylko 3 zęby, które też wyjmujemy. Po dwóch miesiącach umieszczamy ciężką dostawkę z kauczuku, aby w ten sposób zastąpić prawie całkowity brak grzebienia. Przez 2 miesiące wszystko jest w porządku. Po tym czasie powstają z lewej strony bóle, niedające się zlokalizować. Wobec tego, że mimo kilkakrotnych poprawek dostawki, bóle uporczywie trwają decydujemy się na zdjęcie dostawki Bóle trwają nadal, zwiększają się, stają się tak silne, że chora radzi się swego lekarza domowego Ten ostatni stwierdza newralgję. Leczenie trwa 3 miesiące, po tym czasie chora zjawia się u nas. Zgodnie z opinją leczącego ją lekarza, przeprowadzamy odcięcie nerwu żuchwowego drogą przedsionka jamy ustnej przez otwór żuchwowy. Zbyt niedawno przeprowadzona operacja nie pozwala jeszcze na stałe noszenie dostawki, lecz wszystko wskazuje na to, że i w tym przypadku, jak i w pierwszym, dostawką będzie się można posługiwać.

Wnioski: Wydaje się pewnem, że newralgja nerwu żuchwowego powstała na skutek noszenia dostawki. Nasuwa się pewna uwaga, która zdaniem naszem, może wyjaśnić przyczynę powstania newralgji.

U osobników dorosłych otwór żuchwowy znajduje się dalego od grzebienia zębodołowego (około 8 milimetrów), u starców natomiast wskutek resorbcji zębodołu otwór żuchwowy znajduje się bliżej grzebienia. W obu opisanych przypadkach nerw wychodził z żuchwy prawie na poziomie grzebienia. Dlatego też dostawka, której sztuczne dziąsło nie podrażnia znajdującego się niżej nerwu żuchwowego u człowieka dorosłego, powoduje uraz nerwu u starca, w wyniku czego powstaje newralgja.

Jakie wnioski winniśmy powziąć dla naszej pracy codziennej, jeśli wyjaśnienie to jest słuszne (inni koledzy będą mogli przedstawić nam wyniki swych badań).

Przedewszystkiem należy zwracać uwagę na szczęki płaskie i mocno wycinać dostawkę w miejscu wyjścia nerwu żuchwowego.

Jeśli następują bóle po umieszczeniu dostawki dolnej, trzeba pomyśleć o możliwości powstania newralgji, przyczyną której jest ucisk. Nasuwa się jeszcze jedno zagadnienie, czy wobec tego trzeba zrezygnować z noszenia dostawki, czy też przeprowadzić odcięcie nerwu. W przytoczonych powyżej przypadkach wszelkie wątpliwości były wykluczone, gdyż mieliśmy przed sobą już rozwiniętą newralgję.

Z uwagi jednak na to, że newralgja nerwu żuchwowego może pociągnąć za sobą newralgję 2 innych gałęzi nerwu trójdzielnego, nawet wielkie korzyści, jakie daje dostawka, nie mogą zaważyć na szali.

E. Rzędowska. (Łódź)

O ŚRODKACH UTLENIAJĄCYCH W ZĘBOLECZNICTWIE.

DR. ERICH PRIESTER (BERLIN)

D. Z. W. № 2. 1927.

Autor omawia sprawę procesu utleniania, właściwości antyseptyczne środków utleniających i katalizy

W zębolecznictwie najwięcej używane są: nadtlenek cynku, nadtlenek magnezu, nadmanganian potasu, chloran potasu, nadtlenek wodoru (H_2O_2), nadboran sodowy.

Pierwsze dwa związki chemiczne prawie nie wchodzą w rachubę, trzeci posiada ujemną właściwość zabarwiania zębów; chloran potasu przeważnie używany jest w postaci części składowej past do zębów i innych środków do pielęgnacji jamy ustnej, posiada jednak właściwości trujące. Najwięcej rozpowszechniony środek utleniający — nadtlenek wodoru. Celem utrzymania związku tego przez czas dłuższy w stanie trwałym, aptekarze do hydrogenium peroxydatum officinale dodają cokolwiek kwasu mineralnego; podług badań pewnego autora preparat ten zawiera 0,2% kwasu solnego lub siarczanego, również ślady arszeniku W stanie wolnym od kwasów związek ten jest niestały, i nigdy nie wiemy, wielo procentowym roztworem operujemy; jeśli natomiast zawiera kwasy mineralne, jest takowy nieodpowiedni do traktowania na dłuższą metę. Wielkim postępem było zestawienie Perhydrol'u — całkowicie wolnego od kwasów wysokoskoncentrowanego H_2O_2. Działa jednak żrąco i niszczy tkanki organiczne; oprócz tego, jako niezawierający kwasów, nie jest trwały. Szukano dróg, by ten brak usunąć przez połączenie nadwodoru tlenu z mocznikiem; w ten sposób powstały preparaty: ortizon i perhydrit. Perhydrit jest to nadboran sodu Przez dodanie dwuwinianu sodu stworzono nowy preparat pergenol. Podług badań Grüter'a i Pohl'a: 1) w koncentracji 1% H_2O_2 — Perhydrol, zwykłe hydrogenium peroxydatum officinale i pergenol wytwarzają w jednakowym stopniu tlen. 2) W stężeniu wyższem najwięcej wydziela tlenu pergenol, mniej — perhydrol, jeszcze mniej — zwykły offic. preparat H_2O_2.

Pergenol jest używany w chirurgiczno-dentyst. praktyce do traktowania i odkażania ran, rozpuszczania resztek zgorzelinowych miazgi. bielenia zębów, płukania przy stanach zapalnych śluzówki, anginie, foetor ex ore Pergenol ukazuje się w sprzedaży w formie proszku, tabletek, pastylek (ostatnich używa się szczególnie przy utrudnionem połykaniu) i specjalnych tabletek z dodatkiem mięty (do codziennej pielęgnacji jamy ustnej).

Autor widzi w pergenolu największe zalety pod względem łatwej używalności, ścisłego dawkowania i dłuższej trwałości.

S. Sokalski. (Łódź)

ZNIECZULENIE PRZY CUKRZYCY.

W. ERSNER. D. D. C.

(Dental Cosmos March 1926)

Przy stosowaniu narkozy w zębolecznictwie należy brać pod uwagę te same czynniki co w chirurgji ogólnej. Wszelkie starania winny być podjęte by skrócić czas trwania narkozy, bez względu na to, jakiego środka znieczulającego użyto Badania operowanych w uśpieniu ogólnem (eterem lub podtlenkiem azotu) wykazują znaczny stopień kwasowości. Podczas

pierwszych kilku minut narkozy następuje nagle dający się zauważyć spadek w koncentracji jonów wodorowych krwi, poczem spadek ten jest stopniowy. Wślad za nim idzie nagły wzrost w koncentracji jonów wodorowych krwi. Kwasowość jest rezultatem nadmiaru dwutlenku węgla i braku soli zasadowych. Nadmiar zaś dwutlenku węgla jest skutkiem niedostatecznego oddychania, spowodowanego prawdopodobnie zmniejszoną wrażliwością ośrodków oddechowych. Zarówno przy użyciu maski dla uśpienia etero. wego, jak przy użyciu aparatu służącego do usypiania podtlenkiem azotu, zwiększa się ilość dwutlenku węgla w dalszym ciągu wskutek wydychania- Pooperacyjne wdychanie dwutlenku węgla powoduje znaczny lecz chwilowy wzrost kwasowości.

Działanie ogólnego znieczulenia u djabetyków nie jest specyficzne, jest ono raczej wzmożeniem tych uchyleń od normy, które spotykamy u zdrowych. Przy uśpieniu eterem następuje zawsze wzrost ilości cukru we krwi. Pooperacyjne badanie moczu może wykazać obecność cukru, co wskazuje na to, że nerki przepuszczają cukier z krwi do moczu. Przy cukrzycy istnieje nietolerancja na cukier, powinno się tedy unikać znieczulenia eterem. Możliwem jest, że niektóre wypadki śmierci, zanotowane po wyjęciu zębów w narkozie ogólnej, nastąpiły wskutek kwasowości towarzyszącej znieczuleniu.

Miejscowe, zwłaszcza zaś przewodowe znieczulenie, można uważać w zębolecznictwie za ideał. Dobre wyniki daje też znieczulenie nasiękowe. Tego ostatniego należy jednak unikać ze względu na uraz tkanek. Przy znieczuleniu miejscowem niema kwasowości, niema wzrostu cukru we krwi, niema też zwykle krwotoków.

E. Rzędowska. (Łódź)

EGZEMA WARG SPOWODOWANA UŻYWANIEM „ODOLU"

DR. L. SAULSOHN (BERLIN)

Z. R. № 34. 1926 r.

Wśród powodzi pytań, które zadawają pacjenci lekarzom-dentystom, najbardziej częste są pytania, jakiego płynu do płukania jamy ustnej należy używać, który jest najlepszy i najmniej szkodliwy. Wiadomem jest jednak, jak znikomą jest wartość antyseptyczna tych wszystkich środków, tembardziej, że okres ich działania (czas płukania) jest bardzo krótki. Ponadto istnieje wielka ilość pacjentów, którzy nie opanowali sztuki płukania ust. Najlepiej kazać każdemu pacjentowi zademonstrować tę procedurę, a również i procedurę czyszczenia zębów; zdumienie ogarnia was, gdy się przekonywujecie, że o tym codziennym zabiegu nie mają należytego pojęcia. Wielką rolę odgrywa przytem rodzaj szczoteczki do zębów, forma takowej i materjał, z którego jest zrobiona, oraz ewentualnie pasta lub proszek do czyszczenia zębów.

Dr. Latte zbadał wartość dezynfekcyjną całego szeregu środków do płukania ust i stwierdził co następuje:

Antyseptyczne właściwości płynu do płukania ust nie są tak wielkie, ażeby osiągnąć zupełną jałowość jamy ustnej, który to stan nie jest nawet pożądanym. Zadanie płynu do płukania ust ogranicza się na oddziaływaniu na błonę śluzową w ten sposób, by mogła przeciwstawić się zarazkom przy nieszkodliwem jednocześnie działaniu na istotę zębową. Tym wymaganiom odpowiada najlepiej woda utleniona, która przez wy-

twarzanie piany mechanicznie czyści usta oraz wytwarza tlen, podczas czego resztki pokarmów, które są ośrodkami lub ogniskami drobnoustrojów, zostają usunięte. Używać jednak należy tylko wody utlenionej wolnej od kwasów, t. zw. Perhydrolu, gdyż nadmiar kwasów działa szkodliwie na istotę zębową a szczególnie na zębinę przy próchnicy.

Ku tym wywodom skłania się autor i dodaje, że mechaniczne czyszczenie ma wielkie znaczenie. Dla usunięcia przykrego smaku wody utlenionej można dodać parę kropel olejku miętowego. Z pośród różnych płynów do płukania ust, mniej lub więcej reklamowanych i z tego powodu już znanych, najbardziej rozpowszechnionym jest „odol". Działanie odolu ilustruje dr. Saulsohn przypadkiem następującym.

Zauważył on u siebie pewnego dnia na górnej wardze w okolicy kąta ust lekkie kształtu wstęgowatego zaczerwienienie, które miało formę podłużną niejednakowej szerokości, przeciętnie jednnk do 2 cm. Autor nie zwracał na to specjalnej uwagi. Kiedy jednak, mimo smarowania kremem oraz maścią cynkową, po 3 tygodniach nie zauważył polepszenia, zwrócił się do lekarza specjalisty Ten zalecił mu maść rtęciową, bez pożądanego jednak skutku. Aczkolwiek doszło już do łuszczenia nabłonka, wyzdrowienie nie następowało. Po upływie następnych trzech tygodni nastąpiło wyraźne pogorszenie: skóra ściągnięta, połyskująca, czerwona, chore miejsce przyprawia o silne bóle. Golenie prawie niemożliwe, korzonki włosów na tym ucząstku częściowo zniszczone. Podczas całego przebiegu choroby pacjęnt 2 - 3 razy dziennie używał odolu. Wreszcie po pewnym czasie lekarz specjalista zwrócił na ten szczegół uwagę, poczem dopiero wszystkie drażniące przyczyny, jak mycie golenie, dotykanie, a co najważniejsze, płukanie odolem zostały usunięte. Po czterotygodniowem stosowaniu okładów ichtjolu nastąpiło wyzdrowienie

Gdy po pewnym czasie dr Saulsohn znowuż (przez krótki zresztą czas) zaczął używać odolu ukazały się te same objawy egzemy na wardze. Autor nie wątpi, że właśnie odol był przyczyną egzemy. Nie twierdzi jednak, że na wszystkich odol działa jednakowo. Możliwie, że w danym wypadku ma się do czynienia z indywidualną idjosynkrazją. Podrażnienie przypisuje dr. Saulsohn kwasowi salicylowemu, który jest częścią składową odolu.

A. Drajzensztokowa. (Łódź)

JOD, JAKO ŚRODEK ANTYSEPTYCZNY I TAMUJĄCY KREW (ZE SZCZEGÓLNEM UWZGLĘDNIENIEM JODALCETU).

DR. FELIX MANASSE

D. Z. W. № 4. 1927.

Dzięki bakterjobójczym właściwościom jodu, chlorowiec ten oddawna stał się niezbędnym środkiem leczniczym w medycynie ogólnej W zębolecznictwie znalazł zastosowanie prawie przy wszystkich rodzajach stanów zapalnych zęba i tkanek otaczających ząb, również i śluzówki.

Jod, jak i inne chlorowce (brom i chlor), jest środkiem chemicznie mocno działającym i niszczy związki organiczne. Położony na śluzówkę, powoduje ścinanie białka i czynny stan zapalny. Skóra zabarwia się na bronzowo przy mocnem przekrwieniu. Przy wycieraniu powtórnem rozpuszcza się naskórek, tworzą się pęcherze i następuje wypadanie białych ciałek krwi. Jod pobudza procesy wchłaniania, tworzenie się tkanki ziarninowej, również regenerację głębiej położonych tkanek (ozębnej, okostnej). Nalewki

jodowej (prep. ofic) używa się z dobremi wynikami przy stanach zapalnych tkanek wkołoszczytowych.

Przy traktowaniu świeżych ran działanie mechaniczne strumienia krwi zmywa jod i obniża działanie teurapeutyczne tegoż. Z tego powodu należy ocenić ukazanie się Jodalcetu dr. Rudolfa Reissa, który tę niedogodność usuwa. Jest to bronzowego koloru proszek, który wniesiony lub wdmuchnięty do rany, mocno osiada na ściankach tejże i tworzy z krwią czop dobrze zamykający ranę. Czop ten właściwie zawiera strącone białko jodowe, które powiększa własności bakterjobójcze leku.

Jodalcet tamuje krwotok i dzięki przylepianiu do ścianek rany utrwala działanie jodu więcej niż inne preparaty. Jeśli przypuszczać, że bóle następcze po wyjęciu zęba spowodowane być mogą zanieczyszczeniem rany, jodalcet zjawisko to zwalcza, i bóle pooperacyjne nie mają więcej miejsca. Jodalcet przyśpiesza tworzenie świeżej ziarniny a tem samem i gojenie rany. Jest to okoliczność dla nas oczywiście bardzo ważna, szczególnie wtedy, gdy mamy zamiar przystąpienia do sporządzenia dostawki w czasie skróconym po dokonanym zabiegu operacyjnym. Wskazania do stosowania jodalcetu nie ograniczają się do wspomnianych przypadków. Przy ropotoku zębodołowym — wdmuchnięty do kieszonek (po traktowaniu kwasem mlecznym i perhydrolem) wykazuje swoje właściwości w większym jeszcze stopniu i często po trzykrotnem użyciu powoduje ścisłe przyleganie dziąsła do kości, a tem samem i zanik kieszonek. Niepoślednią przysługę oddaje jodalcet przy ulcus (wrzód) w okolicy zęba mądrości podczas wykłuwania się tegoż lub przy tworzeniu się płatu dziąsła nad zębem, co bywa nieraz przyczyną ciężkich schorzeń żuchwy wskutek podrażnień i zapaleń gruczołów chłonnych.

Jodalcet wdmuchnięty w kieszonkę płatową powoduje szybkie wyleczenie i zapobiega przykrym następstwom.

Należy z powodów wyżej wymienionych polecić wszystkim kolegom jodalcet, jako środek tamujący krew, zapobiegawczy przeciwko następczym bólom pooperacyjnym i powodujący szybkie gojenie ran.

S. Sokalski. (Łódź)

O WSPÓŁCZESNEM LECZENIU KORZENI

DR. H. ALLERHAND.

(Polska Dentystyka № 2 1926)

Przyjmując w zasadzie teorję zakażenia ustnego (oral sepsis) w koncepcji podanej przez autorów amerykańskich, Heinemann stał się zwolennikiem tejże teorji. Wszystkie dotychczasowe obserwacje Heinemann'a doprowadziły do wniosku o konieczności najskrupulatniejszego leczenia przewodów korzeniowych. Heinemann jest przeciwnikiem używania leków przeciwgnilnych strącających białko z tego powodu, iż czop wytworzony przy ujściu kanalika staje się nieprzepuszczalnym dla leku bakterjobójczego, a bakterje znajdujące się w kanalikach zębinowych, mając dostęp do światła przewodu korzeniowego, powodują zakażenie ponowne (reinfekcja). Heinemann poleca do leczenia przewodów leki następujące: pepsynę w rozczynie kwaśnym, hypochlorit, chloramin, perhydrol, formalinę, rivanol, presojod, chloroform, chloroperkę i gutaperkę. Przy leczeniu przewodów przestrzega Heinemann ścisłej aseptyki. Po założeniu ślinochronu, którego użycie jest niezbędne, stara

się zapomocą perhydrolu, wyskoku i nalewki jodowej uzyskać jałowość pola operacyjnego. Wyjaławianie narzędzi uskutecznia Heinemann w wyjaławiaczu metalowym Flaherty'ego. Przy leczeniu korzeni Heinemann postępuje w sposób następujący, kładąc główny nacisk na pepsynę:

A) Przy zapaleniu miazgi:

1. Dewitalizacja miazgi fenolem i bezwodnikiem arsenowym ewentualnie przy użyciu pepsyny.
2. Usunięcie miazgi i wprowadzenie pepsyny. Rozszerzanie pilniczkami kanałowemi. Wypełnienie przewodu pepsyną i zamknięcie różową gutaperką.
3. Po 3 do 5 dn. wypełnienie korzenia: przewód osusza koniuszkami papierowemi, wypełnia chloroformem, wymacza przewód kilkakrotnie. Do chloroformu wprowadza sięmożliwie jaknajwięcej gęstego rozczynu żywicy, następnie chloroperki, poczem wsuwa się koniuszek gutaperkowy. Ubytek zamyka wypełnieniem.

B) Przy zgorzeli miazgi:

1. Usuwanie miazgi zgorzelinowej i rozszerzanie przewodu pilniczkami kanałowemi w kąpieli pepsynowej. Pepsynę odnawia się, aż pozostaje zupełnie czystą; zamknięcie przewodu pepsyną na 3 do 5-ciu dni różową gutaperką (białej nie należy używać z powodu zawartości tlenku cynkowego).
2. Pepsynę należy wymoczyć, przewód wypełnić hipochloryt'em. Gdy ustaje pienienie, wprowadza się chloramin, następnie kilkakrotnie perhydrol. Wymoczyć i wprowadzić rozczyn formalinowo-riwanolowy. Wprowadzenie koniuszka papierowego i zamknięcie gutaperką na 3 do 5 dni.
3. Badanie koniuszka na jałowość. Jeżeli koniuszek jest niejałowy, powtarza się jak pod 2, w przeciwnym razie następuje
4. Wypełnienie korzenia, jak pod A 3.

C) Przy amputacji miazgi:

1. Na zdewitalizowaną miazgę wkrapla się rivanol-formalinę. Zgłębnik wkłuwa się do otworu szczytowego. Wkładka rivanol-formaliny na wacie pod gutaperką na przeciąg tygodnia.
2. Usunięcie waty, wkraplanie silniejszego rozczynu rivanol-formaliny, następnie plerodont o konsystencji śmietankowej, po stwardnięciu wypełnienie stałe. Do wprowadzenia lekarstw używa się prócz koniuszków papierowych, pipetek szklanych, a Heinemann zaproponował do tego celu garnitur flaszeczek z pipetkami szklanemi, zaopatrzonemi balonikiem gumowym i zakończonemi kaniulą platynową.

Schlemmer przypisuje wielkie znaczenie przy leczeniu korzeni rozszerzaniu przewodów środkami chemicznemi i mechanicznemi. Do środków chemicznych rozpuszczających miazgę należą antiformina, radycyna, hipochloryt, sod-potas; do środków działających antyseptycznie i rozpuszczająco na tkanki należą: chloramin „T" i dichloramin „T" mianiną, chloramin „Heyden", „pantosept". Do środków rozpuszczających sole wapnia zębiny i zębiniaków należą kwasy. Najskuteczniejszym środkiem jest t. zw. „odwrotna woda królewska" t. j. 1 cz kw. solnego na 3 cz kw. azotowego. Schlemmer rzadko używa kwasów, natomiast przeważnie hipochlorytu

i narzędzi Kerra, które zwykle prowadzą do celu. Rozszerzacze i pilniczki Kerra, odpowiadając anatomicznemu kształtowi przewodu, przeciskają się zwolna naprzód, rozszerzając przewód przy ruchach obrotowych. Pilniczki Kerra, zaopatrzone są w spiralne nasiekania; wprowadza się takowe do przewodu ruchem „tam i napowrót". Do leczenia przewodów poleca Schlemmer „pantosept", zawierający 20% chloru.

St. Rozen. (Łódź)

TORBIELE I NOWOTWORY SZCZĘK.

„The Journal of the American Dental Association".

Nowotwory szczęk są bardzo częste. Nie da się procentowo określić częstości zjawiania się takowych na szczękach w porównaniu z innemi okolicami ciała. Jama ustna i szczęki podlegają ciągłym obrażeniom i są narażone częściej na infekcję aniżeli pozostała część ciała ludzkiego. Jama ustna podlega różnym zmianom, powstającym wskutek palenia, różnych czynników szkodliwych i. t d. Z innych części ciała ludzkiego, które pod względem obrażeń porównać można z jamą ustną, wymienić należy pochwę i macicę.

Ważną rolę w leczeniu nowotworów odgrywa rozpoznanie charakteru takowych (dobrotliwy lub złośliwy). Są pewne elementarne objawy, które trzeba rozpoznać, aby móc odróżnić jeden typ od drugiego. Złośliwe nowotwory rosną szybko, dają przerzuty do organów okolicznych, mają tendencję do ponownego powstawania po operacji i do rozpadania się. Nowotwory takie prowadzą do cherłactwa. Następuje przy nich i reakcja ze strony gruczołów chłonnych, które obrzmiewają. Nowotwory dobrotliwe rosną miejscowo, nie dają przerzutów, wycięte nie dają nawrotów i nie powodują tak wielkich zniszczeń. Najważniejszem jest rozpoznanie, gdyż od niego zależy dalsze leczenie. Dla ścisłego rozpoznania powinny być wykorzystane wszystkie sposoby, jak: 1) badan iekrwi. (Przy nowotworach badanie krwi nie jest koniecznem. Ref.) 2) roentgen. 3) drobnowidzowe badanie części nowotworowych. Badając narośl pewnej okolicy, chirurg aby mieć jak najszersze dane o nowotworze, musi uwzględnić historję powstania tegoż, czas ukazania się, pierwotne umiejscowienie, szybkość rozrostu, stan tkanek okolicznych, możliwość urazu, stan uzębienia we wczesnym jako też późniejszym okresie, przerzuty i t. d.,

Torbiele szczęk mogą być podzielone na: 1) radicularne albo korzeniowe. 2) follicularne albo zawiązkowe 3) multicularne albo nabłonkowe — odontoma 4) ranula (torbiele podjęzykowe).

Torbielami korzeniowemi nazywamy torbiele rozwijające się w okolicy zupełnie rozwiniętych zębów. Powstanie ich zależne jest od ciągłego drażnienia tkanki wskutek infekcji. Torbiele te powstają dość często. Część nabłonkowa jest mocna i gąbczasta. W części odśrodkowej (peryferji) komórki są w stanie ciągłego nowotworzenia się, bliżej zaś środka ulegają degeneracji i rozpadowi i rozpływają się potem, tworząc typową torbiel. Płyn torbieli w miarę powiększania się deformuje i rozszerza tkanki. W szczęce górnej torbiele mają dążność do rozwijania się w kierunku bardziej nazewnątrz, często otwierają się w pewnym punkcie. To się często zdarza w ściance antrum i kończy się większem lub mniejszem zarośnięciem zatoki szczękowej. Często, umiejscawiając się w przedniej ściance szczęki górnej, torbiele mogą obejmować podstawę nosa. Zwykle w szczęce

dolnej ścianka zewnętrzna torbieli jest cieńsza od wewnętrznej, często jednak obie ścianki podlegają jednakowemu uszkodzeniu. Torbiel może zawierać przezroczysty, podobny do śluzu płyn, w którym się znajdują kryształy cholestearyny. Tłuszczu nie znaleziono, (tłuszcz może być. Ref.) natomiast czasami spotyka się albuminę — białko. Mogą się znajdować i mikroorganizmy; nieraz zawartość jest jałową, czasem zaś zainfekowaną. Przez długi czas torbiel pozostaje jałową i tylko po urazie może nastąpić jej zainfekowanie, następstwem czego jest zaostrzenie procesu zapalnego. Objawy. Torbiele okołozębowe są zwykle gładkie, polipowate i zaokrąglone na brzegach. Wzrost jest wolny, często stały. O ile ścianki stają się cienkiemi, wyczuwa się specjalny chrzęst lub też chełbotanie przy dotyku. Są różne drogi postępowania, jednak najlepszą przy większych operacjach jest otwarcie ścianki górnej. Brzeg przecięty tkanki zszywa się razem i sprawa goi się przez rychłozrost. Często do jamy na 48 godzin kładą gazę antyseptyczną. Ten rodzaj operacji nie ma zastosowania przy wielokomórkowych torbielach. Torbiele antrum nie są częste; muszą być one odróżniane od innych torbieli. Duża ilość tak zwanych torbieli antrum jest w rzeczywistości torbielami korzeniowemi t. zn. jest źle rozpoznana.

T o r b i e l e f o l l i c u l a r n e a l b o z a w i ą z k o w e. Sprawa przyczyny powstawania tych torbieli była już rozpatrywana od dość dawna. Wyjaśnienia M a l a s s e z są może najracjonalniejszemi. Jak wiadomo, z komórek nabłonkowych powstaje szkliwo. Te resztki komórek nabłonkowych z biegiem czasu ulegają zanikowi i znikają. Czasami jednak cząsteczki ich pozostają w postaci małych gniazd, które mają dążność do proliferacji, do rozrastania się i są właściwie początkami torbieli. Wielkość tych torbieli bywa nieraz bardzo znaczna. Zwykle umiejscawiają się w szczęce ztyłu, pomiędzy dwiema blaszkami kości. W szczęce górnej powstawanie tychże związane jest z rozwojem zęba nadliczbowego. Torbiele te powstają podczas okresu rozwojowego i dlatego nie później 21 roku życia. Wzrost powolny i bezbolesny; pacjent często nawet nie zdaje sobie sprawy, że narośl powstaje. Często innych objawów niema; jedynie roentgen wykazuje zmiany. Umiejscawiając się pomiędzy dwiema blaszkami kości, wskutek tego. iż ścianka zewnętrzna jest zawsze cieńsza, torbiel deformuje głównie tę ściankę. W dalszym stadjum przy dotyku cienkiej ścianki wyczuwa się chrzęst.

T o r b i e l e m u l t i c u l a r n e składają się z okrągłych torbieli różnej wielkości: od ziarna zboża do orzecha laskowego. Zdarzają się częściej w szczęce dolnej aniżeli górnej. Są często dużych rozmiarów o nieprawidłowej szypułowatej formie. Przy cienkiej ściance wyczuwa się chrzęst lub chełbotanie. Mikroskopowo wyglądają jako produkt nabłonkowy. Multicularne torbiele, które w zasadzie są dobrotliwemi, po niejakimś czasie stają się złośliwemi. Większa część ulega proliferacji, rezultatem jest neoplazmatyczna wielokomórkowa forma. Następuje przekształcenie i zmiana charakteru torbieli.

Zabieg operacyjny. Multicularne torbiele usuwane są przy wyjęciu zęba, do którego są dołączone. O ile jednak przy tym sposobie nie zostają usunięte, ścianka torbieli winna być otworzoną, woreczek usunięty a pozostała przestrzeń powinna być tamponowana, dopóki nie wypełni się świeżą ziarniną.

Do innych tworów pochodzenia zębowego należą **zębiniaki**. Zębiniaki są tworami mocnymi, zależnymi od anomalji rozwijającego się zęba; powstają wskutek przerostu tkanek zębowych. Spotykają się głównie w młodości, w szczęce dolnej i w trzonowcach stałych. Powstają podczas rozwoju zęba; Pool odróżnia cztery typy zębiniaków. Podług Pool'a, brodawka zębowa może dać początek miękkiemu włóknikowemu albo mięsakowatemu wygórowaniu. Późniejszy okres w rozwoju zęba daje początek zębinotwórczemu zębiniakowi o różnej budowie. Mogą się tutaj spotykać włókna z ziarenkami zębiny, albo też nieregularne masy zębiny, podobne czasami do słoniowej kości. Nieraz wzrasta do przestrzeni kostnej, ścianki której przy wzroście stają się cieńszemi. W okresie tworzenia się korony zęba, kiedy korzeń nie jest jeszcze sformowany, spotykamy trzeci typ, który przedstawia się w postaci ograniczonego wygórowania i nie jest przeszkodą do normalnego rozwoju i zwapnienia zęba. Wreszcie powstaje typ korzeniowy, który może powiększyć się do dużych rozmiarów.

Twory pochodzenia niezębowego. Najprostszym typem tworów takich jest epulis (dziąślak). Po usunięciu nie daje nawrotów. Powstaje z brzegów zębodołu. Wzrost jest wolny; spotyka się głównie we wczesnym wieku i częściej u kobiety aniżeli u mężczyzny. Przyczyną powstawania jest podrażnienie ze strony ostrych brzegów ścianek korzenia i t. d. Był spotykany epulis przy chronicznem zapaleniu dziąsła. Twór taki może osłabiać ząb i przeistaczać się w mięsak olbrzymio-komórkowy. Spotyka się głównie przy kłach i przedtrzonowcach. Są dwa rodzaje tegoż: dziąślak włóknikowy i mięsakowaty. Włóknikowy dziąślak jest zwykle wąski, nie bardzo unaczyniony. Powstaje w okostnej zębodołowej pomiędzy brzegiem zębodołowym i błoną śluzową dziąsła, okrążającego ząb. Dziąślak mięsakowaty tworzy miękką, czerwoną, nieprawidłową, okrągłą masę, wystającą ponad brzegiem dziąsła nawewnątrz lub nazewnątrz jamy ustnej. Twór jest silnie unaczyniony i łatwo krwawi. Zauważono, że dziąślak może przez dłuższy czas pozostawać w spokoju, podczas ciąży zaczyna szybko rosnąć a po urodzeniu dziecka zmniejsza się. W rzadszych wypadkach przeistacza się w mięsak i wtedy szybko rośnie. Zabieg polega na chirurgicznem usunięciu i przypaleniu podstawy żegadłem. Często koniecznem jest usunięcie sąsiedniego zęba i wyrostka zębodołowego tej okolicy.

Sarcoma szczęk jest złośliwym łączno-tkankowym tworem. Daje przerzuty przez naczynia krwionośne a po usunięciu nawroty. Powstaje z brzegu kości, z okostnej albo ze ścianek naczyń krwionośnych. Rozróżniamy mięsak olbrzymio-komórkowy, drobno-komórkowy i wrzecionowaty. Sarcoma szczęk powstaje głównie w młodszym wieku, w starszym rzadziej. Zdarza się częściej na szczęce dolnej aniżeli na górnej. Studder przypuszcza na podstawie wniosków Coliey'a, że uraz jest definitywną przyczyną powstawania nowotworów. Na 970 przypadków 225 miało swą przyczynę w urazach. Był notowany przypadek, kiedy mięsak powstał po złamaniu szczęki dolnej i następnem zapaleniu szpiku kostnego.

Melanosarcoma (ciemno zabarwiony mięsak) powstaje głównie w szczęce górnej: jest złośliwym nowotworem, rośnie szybko i daje przerzuty.

Rak powstaje w górnej i dolnej szczęce częściej niż mięsak. Częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet i w późniejszym wieku: między 50 — 70 latami. Centralny, środkowy rak szczęki górnej rozpościera się głównie na linji środkowej zatoki szczękowej i jest zbudowany z komórek cylindrycznych. Co się tyczy etjologji powstania raka, to chroniczne podrażnienie odgrywa główną rolę. Objawy często nieokreślone dostatecznie. Ból jest jednym z wcześniejszych objawów. Usunięcie zęba w tych wypadkach nie wystarcza: zębodół po ekstrakcji nie goi się, powstają owrzodzenia. Przy stawianiu djagnozy pomocne są bakterjologiczne badania i roentgen. Przypalania żegadłem są dobre w wypadkach wczesnych; wycięcie gruczołów powinno być praktykowane w wypadkach przypuszczalnego przerzutu.

Celina Finkielkrautówna (Warszawa).

„ECHO DENTYSTYCZNE" № 3—4. 1927 R.

SPROSTOWANIE.

				ZAMIAST:	WINNO BYĆ:
str.	51	wiersz	8	„ukazuje"	wykazuje
„	„	„	37	„brzega"	brzegu
„	52	„	5	„zdarzyło się"	zdarzyły się
„	„	„	28	„wypadki"	przypadki
„	„	„	32	„zaznaczono"	zaznaczone
„	„	„	34-35	„następuje operacja (wyjęcie odłamka)"	należy przeprowadzić wyjęcie odłamka
„	53	„	26	„upodabia się sile działającej"	odpowiada sile działającej
„	54	„	5	„należnym"	należytym
„	„	„	17	„przeciwpokazanem"	przeciwskazanem
„	„	„	18	„obraza"	wraz
„	„	„	28	„cierpieć"	znosić
„	„	„	30	buduje na fakcie istnienia	opiera na istnieniu
„	„	„	46	„kątem w 60 st."	kątem 60 st.
„	55	„	12	„wypadku"	przypadku
„	„	„	22-23	„nie ryzykujemy"	nie obawiamy się
„	„	„	26	„każdej"	żadnej
„	59	„	26	„pobudowany"	powodowany
„	60	„	24	„gdyż w cierpienie wowleczona była miazga"	ze względu na schorzenie miazgi
„	61	„	2	„ulepszonego"	ulepszone
„	„	„	36	„byłym	dawnym
„	„	„	40	wypadku"	przypadku
„	63	„	2	„uległy"	ulegały
„	64	„	9	„mają rację"	mają rację bytu
„	„	„	6	„nowotworzenia"	nowotwory
„	65	„	2	„we"	w
„	„	„	23	„misięczkowaniem"	miesiączkowaniem
„	„	„	32	idzie"	znajduje się
„	69	„	10	„są"	jest
„	„	„	25	„zaopatrzony zakrętką"	zaopatrzony w zakrętkę
„	„	„	28	„zmieniony"	zmieniany
„	„	„	43	„takowy"	takowe
„	70	„	27	„popada w"	nasuwa
„	„	„	31	„zwodzi się"	sprowadza się
„	71	„	38	kusić się"	nie dać się skusić tanim cenom
„	77	„	18	„wypadki"	przypadki
„	„	„	33	„instrumentów"	narzędzi
„	78	„	7	„zastrzyki"	zastrzyknięcia
„	„	„	31	„łagodne traktowanie"	udowodniono, że łagodne traktowanie

---

MIĘDZYNARODOWY ZWIĄZEK DENTYSTYCZNY (F. D. I.) KOMISJA DLA BADAŃ NAUKOWYCH.

Niżej podany przedruk listu Przewodniczącego Komisji dla badań naukowych Międzynarodowego Związku Dentystycznego zawiera po raz pierwszy konkretne wnioski, zmierzające do rozwiązania jednej z palących spraw dentystyki. Dotyczy to przedewszystkiem leczenia przewodów korzeniowych, usunięcia chaosu w sposobach traktowania tychże.

Celem wykonania okólnika Komisji Naukowej F. D. I., który przekazany został sekretarzom narodowym, proszę W. P. o usilne poparcie zamierzeń naszych wszelkiemi siłami, któremi rozporządzacie

Traktowanie przewodów korzeniowych jest najważniejszą podstawą dentystyki. Podstawy te ostatnio tak dalece się zachwiały, że wielu lekarzy-dentystów amerykańskich wogóle zrezygnowało z leczenia przewodów korzeniowych. Ten odruch przez wzgląd na mocne argumenty, które do dziś dnia nie zostały obalone, wytrącił rzeszę lekarzy-dentystów całego świata ze stanu beztroski. Widzimy więc, że świat lekarsko-dentystyczny rozpadł się na obozy jak dotychczas bez widoków na pojednanie. Widzimy z jednej strony lekarzy-dentystów, którzy zasadniczo negują wszelkie traktowania przewodów korzeniowych ze względu na to, że usiłując ratować ząb zapomocą leczenia przewodów, narażamy na szwank ogólny stan zdrowotny pacjenta. Mowa jest nie tylko o zębach zgorzelinowych, ale nawet o takich, gdzie przy przeprowadzeniu leczenia zachowawczego została odsłonięta miazga. Ci lekarze-dentyści wychodzą z założenia, że całkowite wyjałowienie wierzchołka korzeniowego jest wykluczone, a przy początkowo aseptycznym stanie przewodu zaraz po wyłuszczeniu miazgi, teren ten jednak zczasem bezwzględnie musi ulec zakażeniu. Druga grupa lekarzy-dentystów ogranicza się do traktowania zębów jednokorzeniowych. Trzecia leczy wszystkie zęby, uważa jednak zabieg traktowania przewodów za zadawalniający, gdy wypełnienie sięga aż za wierzchołek, natomiast inni do tego nigdy nie dążą. Jedni wyłuszczają doszczętnie, inni odcinają miazgę. Jedni oczyszczają przewody mechanicznie, drudzy chemicznie, inni znowuż stosują oba sposoby. Są tacy, którzy zadawalniaja się wyjaławianiem środkami antyseptycznemi zawartości przewodu, pozostawiając takową nadal w przewodzie. Jedni wypełniają przewody długo działającem ciastem dezynfekcyjnem, drudzy uważają za główny warunek szczelne wypełnienia przewodów korzeniowych. Naukowa Komisja F. D. I. postanowiła rozwiązać sprawę traktowania przewodów korzeniowych. Wyobrażamy sobie rozwiązanie tej sprawy zapomocą rozpisania publicznego konkursu. Lecz przedewszystkiem muszą być załatwione dwa warunki wstępne: 1. Ustalenie kryterjum, dotyczącego wymagań, stawianych idealnemu traktowaniu przewodów.

2. Zorganizowanie funduszu premjowego dla odznaczenia sposobu traktowania przewodów korzeniowych, odpowiadającego wyżej wspomnianym wymaganiom.

Przy ustaleniu kryterjum co do leczenia przewodów muszą być rozwiązane dwie kwestje: 1. Czy bez względu na czas i materjał istnieje metoda, odpowiadająca wszelkim wymaganiom.

2. Czy jest możliwe ustalenie pewnego minimum, którem należy uwarunkować pod względem jakości i metody traktowania przewodów, które umożliwiłoby stosowanie tegoż leczenia nietylko w prywatnej praktyce, lecz wśród szerokiej masy ludności, przedewszystkiem zaś w Kasach Chorych. Jako idealny wynik publicznego konkursu, powinien wypłynąć sposób leczenia odpowiadający wszelkim wymogom a jednocześnie tak prosty, by móc takowy udostępnić wszystkim warstwom społeczeństwa. Przy udzielaniu nagrody powinno się zwrócić szczególną uwagę na ten pogląd.

Wszyscy lekarze-dentyści powinni być proszeni przez swoje związki o składanie zdania swego na piśmie; nadsyłać takowe należy do generalnego sekretarza Dr. Józefa Weinmana Wien IX Frankgasse 1. Wszystkie nadsyłane wnioski zostają przekazane Prezesowi Komisji Naukowej. Wszystkie plany i propozycje zostają opracowane w formie referatu, który na zjeździe komisji naukowej F. D. I., mającym się odbyć w Kopenhadze w pierwszych dniach sierpnia 1927, będzie służył za podstawę do obrad w sprawie traktowania przewodów korzeniowych. Na posiedzenie to zostają zaproszeni najlepsi i najwięcej miarodajni specjaliści wszystkich krajów do udziału w dyskusji celem opracowania wniosku co do kryterjum, opierając się przytem na materjale ankietowym. Uprzejmie prosimy, szanowny Panie Prezesie, podać nam nazwiska naszych najlepszych sił fachowych, które należy zaprosić na posiedzenie Komisji Naukowej. Co do drugiego warunku t z. zorganizowania funduszu premjowego, to dałby takowy urzeczywistnić się w następujący sposób. W okólniku Komisji Naukowej F. D. I. zostało stwierdzone, że 1 dolar przeciętnie na każdego lekarza-dentystę będzie odpowiednią składką. Suma ta może być podwyższona w krajach o mocnej walucie, lub zniżona do 0,5 a nawet do 0,25 dolara w zależności od stanu gospodarczego danego kraju. Wysokość składki tej stanowi minimum, dlatego może być ściągnięta w państwach o najniższej walucie. Ponieważ Austrja uważana jest za kraj gospodarczo słaby, postanowiono opodatkować każdego dentystę sumą 0,25 dolara. Przy liczbie 800 lekarzy-dentystów ogólna suma wyniosłaby 200 dolarów t. j. prawie 1400 szylingów. Organizowanie zbiórki nie jest zrozumiane w ten sposób, że każdy lekarz-dentysta ma złożyć 2 szylingi, gdyż jest dużo niezrzeszonych, oprócz tego znaczna ilość sprawą tą specjalnie się nie interesuje. Powinno się sporządzić listę dobrowolnych datków i w ten sposób zebrać potrzebną sumę co, jak należy przypuszczać, uda się z łatwością przeprowadzić. O ile jednak przypuszczenia zawiodą, Zarząd Związku jest proszony o dopełnienie sumy z kasy związkowei Upraszam o najusilniejsze popieranie tych starań by usunąć niebezpieczeństwo, w którem znajduje się dentystyka ze względu na panującą chaotyczną różnicę zdań.

(Zeitschrift für Stomatologie № 1. 1927 r.) *S. S.*

KOMISJA F. D. I. DLA BADAŃ NAUKOWYCH.

Przewodniczący Komisji F. D. I. dla badań naukowych, doc. dr. Gottlieb (Wiedeń IX Türkenstrasse 15) przesłał na ręce delegata na Polskę F. D. I. Prof. Cieszyńskiego komunikat w sprawie współpracy uczonych i praktyków polskich nad tak ważnem zagadnnieniem: „Które wypełnienie korzenia należy uważać za najlepsze”? Rozwiąza-

nie zagadnienia ma nastąpić: 1. Przez ustalenie postulatów, które należy ustanowić dla wypełnień korzeni; 2. Odpowiedź na te zagadnienia mają dać prace konkursowe. — W tymże celu należy zebrać fundusz na premję konkursową. Wysokość dobrowolnej składki, którą należy przesłać na ręce skarbnika Dr. Władysława Czerneckiego, Warszawa, ul. Starynkiewicza 3, wynosi 1 dolara dla krajów o wysokiej walucie, 1/4 dolara dla krajów o niskiej walucie 2 złote dla Polski. Zachęceniem do złożenia tej składki i ew. pośrednictwem powinny się zająć przedewszystkiem organizacje, które przystąpiły do F. D. I., do których apel ten jest skierowany.

Uprasza się wszytkich praktyków i teoretyków o wzięcie jaknajliczniejszego udziału w ankiecie i nadesłanie sformułowanych tez ad I. na ręce sekretarza Polskiego Komit. Narod Dr. Allerhanda, Lwów, Kopernika 11 do dnia 31 maja 1927; sprawa ta będzie przedmiotem dyskusji na tegorocznym Zjeździe w Kopenhadze.

(Pol Dent. № 2. 1927).

POSIEDZENIE F D I. W KOPENHADZE.

(Informacje w sprawie pomieszczeń dla uczestników posiedzenia)

Koledzy, którzy chcieliby uczestniczyć w tegorocznem posiedzeniu F. D. I. w Kopenhadze (6, 7, 8, 9 sierpnia), powinni zawczasu wystarać się o pomieszczenie, gdyż o tej porze roku wszystkie prawie hotele w Kopenhadze są przepełnione. Jeśli zgłosić się na czas, „Overseas Passagierbureau, 1. Bruhn, Axelborg, Dänemark (Danja)" dostarczy pomieszczenia. Posiedzenia F. D. I. będą się odbywały w Hotelu D'Angleterre.

(Zetschrift f. Stom. № 3. 1927). *S.*

POLSKI KOMITET NARODOWY MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU LEKARZY-DENTYSTÓW F. D. I. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

W „Polskiej Dentystyce 1926 str. 82 podany został skład Polskiego Komitetu Narodowego oraz Wydziału Wykonawczego, który zakomunikowano generalnemu sekretarzowi F. D. I. z prośbą o zatwierdzenie zaproponowanych delegatów na Polskę. Zatwierdzenie to miało nastąpić na ogólnem zebraniu F. D. I w Filadelfji w roku ubiegłym

Na pismo Wydziału Wykonawczego z dnia 2 czerwca 1926 nadeszła następująca odpowiedź w języku francuskim, którą podajemy poniżej w tłumaczeniu: •

Międzynarodowy Związek Dentystyczny. Sekretarz generalny: rue de la Tour-d'Auvergne 45,

Paryż dnia 12 lutego 1927.

Do Pana Prof. Cieszyńskiego we Lwowie.

Wielce Szanowny Panie Kolego, Panie Przewodniczący!

List Pański z dnia 2 czerwca 1926, adresowany do Komisji Dokumentacji F. D. I. w Brukseli donoszący o utworzeniu Polskiego Komitetu Narodowego F D. I. został zakomunikowany Wydziałowi Wykonawczemu F. D I na Zebraniu w Filadelfij Żąda Pan w tym

liście aprobaty przez Wydział Wykonawczy Komitetu Narodowego utworzonego w Polsce, i proponuje Pan równocześnie Komitet Narodowy Polski F. D. I. Pozwoli Pan, że udzielę kilku danych informacyjnych tudzież kilku wskazań koniecznych by uniknąć zamieszania.

1. Wielka organizacja założona w Polsce w dniu 20 marca 1926, stanowi „federację narodową” lub też „unję narodową”, (zależnie od tytułu który przyjmie), różnych towarzystw dentystycznych w Polsce istniejących. O tem donosi Pan Wydziałowi Wykonawczemu, który tę wiadomość o istnieniu Polskiego Komitetu Narodowego przyjął do wiadomości.

2 Państwa reprezentowane w F. D. I są zastąpione w Wydziale Wykonawczym F D. I. przez delegatów oznaczonych przez federację, czy też przez związki narodowe Liczba tych delegatów waha się od 1 do 5 członków; liczbę tę ustala ogólne zebranie F. D. I. zwoływane równocześnie ze Zjazdami Międzynarodowymi. Na zjeździe w Filadelfij ustalono liczbę delegacji i Polska otrzymała prawo do jednego delegata. Ponieważ Pan oznaczył 7 wybranych na zebraniu w dniu 20 marca 1926, przeto nie mogą oni być przyjęci i jedynie Pan został przyjęty jako delegat Polski w Wydziale Wykonawczym Lecz wszyscy Pańscy rodacy, pragnący uczestniczyć w zebraniach F. D. I winni wypełnić formularze przyjęcia, przez Pana widymowane poczem zostaną ewentualnie mianowani członkami Komisji, w których zapragną zasiadać. Pańska wkładka, jako członka Wydziału Wykonawczego, wynosi 10 dolarów rocznie i Pan zostanie zaproszony na zebranie doroczne do Kopenhagi w dniach 5 — 9 sierpnia 1927 lub też Pan może oznaczyć zastępcę, z pomiędzy Kolegów polskich, członków F. D I. w razie, jeżeli Pan nie będzie mógł się stawić osobiście

Proszę przyjąć, Panie Przewodniczący i Szanowny Kolego, wyrazy prawdziwego poważania

Sekretarz generalny: *G. Villain*

(Pol. Dent. № 2. 1927).

III POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY.

Związek Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Izby Lekarskiej Krakowskiej zwrócił się do Stałej delegacji ponownie pismem z dnia 14 marca 1927 z prośbą o odroczenie terminu III Polskiego Zjazdu Stomatologów i lekarzy-dentystów na Zielone Święta 1928, przytaczając ważne powody, które stają na przeszkodzie urządzeniu Zjazdu w pierwszych dniach listopada 1927 r. Przewodniczący Stałej Delegacji, Prof. Cieszyński, uznając przytoczone argumenty, poczynił natychmiast kroki, by osiągnąć uchwałę drogą pisemną wszystkich członków Stałej Delegacji i upoważnił Prof. Wilgę do zwołania zebrania członków Stałej Delegacji w Warszawie do przeprowadzenia uchwał ile możności w myśl wyrażonych życzeń organizacji Krakowskiej, króra podjęła się wielkiego trudu urządzenia tegoż Zjazdu.

(Pol. Dent. № 2. 1927).

IV KONGRES MIĘDZYNARODOWY MEDYCYNY I FARMACJI WOJSKOWEJ I MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA SANITARNO-HIGJENICZNA.

IV Kongres Międzynarodowy Medycyny i Farmacji wojskowej w Polsce i Międzynarodowa Wystawa Sanitarno-Higjeniczna odbędą się w Warszawie w dn. od 30 maja do 4 czerwca 1927 włącznie. Pragnący zgłosić

indywidualne komunikaty, zwrócą się bezpośrednio do Sekretarjatu Komitetu Organizacyjnego w Warszawie, Departament Sanitarny M. S. W. Zgłoszone prace winny być nadesłane w jednym z języków, obowiązujących dla Kongresów międzynarodowych: francuskim, angielskim, włoskim, hiszpańskim. Streszczenie referatu nie może przekraczać 2 stron druku, Pożądane jest dołączenie tłumaczenia w jednym z 4 podanych języków oraz streszczenie komunikatu, nieprzekraczające jednej strony druku. Komunikaty winny być nadesłane najpóźniej do dnia 1 kwietnia 1927 r. Na obszarze każdego Okręgu Korpusowego zostają utworzone Komitety Propagandy, (informowanie zainteresowanych oficerów zawodowych i rezerwy Korpusu Sanit oraz przedstawicieli świata lekarskiego i farmaceutycznego). Zgłoszenia winny odbywać się za pośrednictwem Komitetów Propagandy. Prawo do uczestniczenia, jako członkowie, mają wszyscy oficerowie Korpusu Sanitar. (lekarze, aptekarze, dentyści, oficerowie sanitar. — administracyjni) zawodowi, rezerwy, pospolitego ruszenia, w stanie spoczynku oraz osoby ze świata lekarskiego i farmaceutycznego, nie stojące w żadnym stosunku do służby wojskowej, lecz okazujące zainteresowanie sprawami sanitarjatu wojskowego. O uczestniczeniu w Kongresie proszone są również w charakterze gości żony i córki niezamężne wszystkich uprawnionych do wzięcia udziału w Kongresie osób. Dnia 29 maja 1927 r po południu, odbędzie się posiedzenie Stałego Komitetu Kongresów Międzynarodowych. Dnia 30 maja odbędzie się uroczyste otwarcie Kongresu w Auli Politechniki Warszawskiej, następnie złożenie wieńca na grobie Nieznanego Żołnierza, po południu przyjęcie przez P. Prezydenta delegatów oficjalnych poszczególnych Państw, reprezentowanych na Zjeździe, wieczorem raut zapoznawczy w Pałacu Prezydjum Rady Ministrów. Posiedzenia Kongresu odbywać się będą od dnia 31 maja do dnia 4 czerwca wł. w godzinach przedpołudniowych. W godzinach popołudniowych odbywać się będą ćwiczenia praktyczne funkcjonowania Sł. Zdrowia w polu, pokazy sprzętu, służącego do wyekwipowania formacji sanit oraz zwiedzanie formacji zakładów i urzędów sanit. wojskowych oraz zakładów i urządzeń sanit. Departamentu Służby Zdrowia, miasta Warszawy i t. d Przewiduje się szereg przyjęć, rozrywek i wycieczek. Karta uczestniczenia wynosi zł. 30; panie i córki niezamężne kongresistów opłacają 20 zł. Opłaty należy przesyłać pod adresem ppłk. Sokolewicza — Skarbnika Komitetu Organizacyjnego (Departament Sanitarny Ministerstwa Spraw Wojskowych ul Nowowiejska 5). Po opłaceniu karty uczestnictwa Komitet rozsyłać będzie do zgłoszonych członków Kongresu (za pośrednictwem Komitetu Propagandy lub bezpośrednio) imienne i numerowane Karty uczestnictwa. Członkowie Kongresu będą mieli prawo do korzystania ze zniżek kolejowych, prawo do uczestniczenia we wszystkich oficjalnych przyjęciach, pokazach, rozrywkach etc. urządzanych przez Komitet Organizacyjny. Wystawa Międzynarodowa sanitarno-higjeniczna odbędzie się od dnia 30 maja do dnia 30 czerwca 1927 r. Zawierać ona będzie następujące działy: 1. Polowego wyekwipowania sanitarnego, 2. Naukowo-szpitalny (lecznictwa, szpitalnictwa, statystyki) 3. Chemiczno-farmaceutyczny i aptekarski, 4. Przyrządów, narzędzi i przyborów lekarskich i dentystycznych, 5. Urządzeń sanitarno-higjenicznych, 6. Sprzętu szpitalnego i aptecznego.

Następujące wydawnictwa zostaną wręczone bądź to bezpłatnie, bądź płatnie uczestnikom Kongresu, 1. „Księga pamiątkowa Kongresu” (Referaty, komunikaty, listę kongresistów) i 2. „Złota księga sanitarjatu polskiego” (opisy ważniejszych przypadków w historji sanitarjatu polskiego

wspomnienia, życiorysy i t. d). Sekcja kwaterunkowa Kom. Organ. zapewni zgłoszonym kongresistom pomieszczenia w miarę życzeń w budynkach rządowych, w mieszkaniach prywatnych, oddanych na ten cel płatnie wzg. w hotelach i pensjonatach. Wskazane jest podanie najpóźniej do dnia 1-go kwietnia zgłoszenia na rodzaj pomieszczenia z podaniem ilości pokojów odpowiednio do towarzyszących członków rodziny oraz przypuszcz. czasu pobytu i zajmow. mieszkania. Wszelką korespondencję należy adresować: Sekretarjat IV Kongresu Międzynarodowego Medycyny i Farmacji Wojskowej. Ministerstwo Spraw Wojskowych, Departament VIII Sanitarny, Nowowiejska 5, tel. 414-44.

(Kronika Dentystyczna № 1—2 1927).

KOMUNIKATY ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY-DENTYSTÓW CHRZEŚCIJAN. WARSZAWA.

W dniu 29 stycznia r. b. odbyło się w lokalu Związku Walne roczne zebranie (wyborcze). Po zagajeniu zebrania Prezes Związku zaprosił na przewodniczącego kol. Gutowskiego. Przewodniczący zaprosił na sekretarza kol. Wincze, na asesorów kol Grossego i Zarczyńskiego (z Bydgoszczy).

Po zatwierdzeniu porządku dziennego i protokółu z ostatniego rocznego zebrania zostały odczytane sprawozdania: z działalności Zarządu za rok 1926, z sekcji naukowej, kasowej, biura pośrednictwa pracy, komisji rewizyjnej i oddziałów Bydgoskiego i Łódzkiego. Kol. Prezes złożył podziękowanie na ręce delegata Bydgoskiego kol. Zarczyńskiego za prace nad rozwojem Oddziału, jak również za zasilanie Kasy Bratniej Pomocy dla niezamożnych studentów Państwowego Instytu Dentystycznego. Następnie kol. Urbańska-Filipowiczowa odczytała komunikaty Zarządu, które głoszą:

a) o wykreślenie jednego z członków, będącego pod zarzutem praktykowania bez dyplomu i nie przedstawienia takowego na żądanie Zarządu.

b) o żądanie wpłacania składek członkowskich w pierwszym miesiącu każdego półrocza w mieszkaniu Skarbnika, poczem członkowie obowiązani będą ponosić koszta inkasa.

c) o wpłacaniu przez członków groszy 30 za otrzymaną „Polską Dentystykę".

d) o zaofiarowaniu firmy „W. Światłowski" potrącania członkom Związku przy kupnie za gotówkę dodatkowo 5% rabatu.

Po odczytaniu listu dyr. P. I. D. prof. Wilgi w sprawie zasilenia Kasy Bratniej Pomocy Walne Zebranie uchwaliło ofiarować zł. 200.

Kol. Henszel-Chrystowska odczytała wynik konkursu na premję, ofiarowaną przez prezesa Stokowskiego (fotel operacyjny) dla kolegi za największej regularne uczęszczanie na Zebrania Związku.

Premję otrzymała kol. Pęśkówna.

Wybory dały wynik następujący: Do zarządu: kol. Stokowski, Goldberg-Górski, Zawadzki, Urbańska-Filipowiczowa, Chmieleńska, Dobko-Dobkowicz, Chrystowska, Lubodziecki (wszyscy ponownie) i Konieczak.

Do Sądu Koleżeńskiego: Kol. Kozłowski, Grosse i Cywińska.

Do Komisji Rewizyjnej: Kol. Jarzębińska, Krauze i Cygański.

Biuro Pośrednictwa Pracy zawiadamia, że są do obsadzenia: Dzierżawy gabinetów: w Warszawie, Częstochowie i Mławie.

Posady asystentek: w Warszawie, Pułtusku, Ciechanowie, Skarżysku i Strzelnie.

Posady w Kasie Chorych w Warszawie, Mrozach, Wołominie, Kaczym Dole. W Warszawie praca samodzielna w lecznicy, wiadomość w kancelarji Związku, Poznańska 17.

Zarząd Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy-Dentystów Chrześcijan prosi członków Związku o zapisywanie się na członków, gdyż dział III, stanowiący asekurację na wypadek choroby, przy dotychczasowej liczbie członków nie może być uruchomiony. Zgłoszenia należy kierować do kancelarji Marszałkowska № 86 w mieszkaniu wice-prezesa kol. L. Szymańskiego.

(Przegląd Dent № 2. 1927).

OSOBISTE.

Uchwałą Związku Stomatologów Izby Lekarskiej Lwowskiej z dnia 9 lutego 1926 zamianowano prof. dr. A. Cieszyńskiego w uznaniu Jego zasług dla stomatologji polskiej i rozwoju Związku Stomatologów — członkiem honorowym.

(Polska Dent. № 2. 1927.)

Wydział medyczny uniwesytetu w Lipsku zamianował honorowym doktorem dentystyki praktykującego od roku 1898 lekarza-dentystę Reinhardta Seefeld'a w uznaniu jego zasług dla dentystyki niemieckiej.

(D Z. W. № 7. 1927). *S.*

Zjednoczenie zawodowe lekarzy-dentystów w Gdańsku zamianowało lekarza-dentystę dr. Louis Neumann'a z okazji 25 letniego jubileuszu pracy zawodowej członkiem honorowym (za wielkie zasługi dla zawodu).

(D. Z. W. № 4. 1927). *S.*

W tych dniach bawił w przejeździe z zagranicy prof. Charkowskiego Uniwersytetu, dr. E. M Hoffung. Z uwagi na nieprzeciętne zasługi Jego, jakie położył na polu zawodowem i naukowem, uważamy za konieczne poświęcić mu nieco więcej miejsca. Prof. Hoffung ukończył szkołę lekarską-dentystyczną w Warszawie. Wyjeżdża następnie do Rosji i osiada na stałe w Charkowie, gdzie pracuje przez długi okres, do chwili wybuchu wojny, jako asystent i kierownik w tamtejszej szkole lekarsko-dentystycznej. Obecnie jest profesorem Uniwersytetu Charkowskiego na Katedrze dentystyki zachowawczej protetycznej. Prof. Hoffung jest autorem podręczników z zakresu dentystyki zachowawczej i protetyki, cieszących się wielką popularnością. Opracował i wydał ponadto poradnik dentystyczny. Obecnie prof. Hoffung redaguje pismo p. t. „Odontologia", wychodzące w Charkowie. Już przed wojną prof. Hoffung znany był, jako gorący orędownik w sprawach zawodowych Brał on udział w licznych zjazdach wszechrosyjskich, gdzie zawsze godnie reprezentował stan lekarzy-dentystów Uniwersytet Charkowski wydelegował obecnie prof. Hoffunga zagranicę w celach naukowych. Związek nasz podejmował gościnnie znakomitego gościa w swoim lokalu. W przyjęciu wzięli udział również i przed-

stawiciele świata lekarsko-dentystycznego z poza Związków. Prof. Hoffung wyczerpująco zapoznał obecnych z organizacją dentystyki współczesnej w Rosji Sowieckiej i na Ukrainie oraz zebrał skrzętnie wiadomości o stanie dentystyki u nas W dłuższem przemówieniu prof. Hoffung zaznaczył, że poziom dentystyki polskiej nie jest bynajmniej niższy, niż zagranicą. Odwiedziny sympatycznego gościa pozostawiły po sobie nader miłe wrażenie. Redakcja „Wiadomości Związkowych" uzyskała przyrzeczenie otrzymywania pisma dentystycznego p. t „Odontologja" redagowanego przez prof Hoffunga, wzamian za co zobowiązała się przesyłać "Wiadomości Związkowe".

(Wiadomości Związkowe № 11—12. 1926).

† PROFESOR Dr. ALFRED GUTTMANN.

20 kwietnia r. b. po krótkich cierpieniach zmarł w 65 roku życia profesor dr. Alfred Guttmann Imię Jego dzięki założeniu „Domu dentysty niemieckiego" jest związane węzłami nierozerwalnemi z historją zawodu lekarsko-dentystycznego.

(Z. R. № 17. 1927). S.

OD BRATNIEJ POMOCY STUDENTÓW PAŃSTW. INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO.

UPRZEJMIE PROSIMY W. PANÓW O ŁASKAWE UMIESZCZENIE W ICH PIŚMIE ODEZWY DO PP. LEKARZY-DENTYSTÓW NASTĘPUJĄCEJ TREŚCI:

Bratnia Pomoc Studentów Państwowego Instytutu Dentystycznego uprzejmie prosi p. p. Lekarzy-Dentystów o zbieranie zębów, usuwanych w ich gabinetach, w celu dostarczania ich do ćwiczeń studentom P. I. D. Brak zębów ćwiczebnych stanowi poważną przeszkodę w pracy, to też mamy nadzieję, że p. p. Lekarze-Dentyści zechcą w tej sprawie przyjść studentom z pomocą. Ci z p.p. Lekarzy-Dentystów, którzy przychylą się do powyższej prośby, zechcą łaskawie pisemnie zgłosić swą zgodę do Zarządu Bratniej Pomocy i w takim razie delegat Bratniej Pomocy zgłaszać się będzie po odbiór wspomnianych zębów.

(Przegl. Dent. № 2. 1927)

* * *

Rada Ministrów na posiedzeniu 13 maja r. b. przyjęła projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej. Wzmianki w sprawie tej, które ukazały się w stołecznej i miejscowej prasie, częściowo tylko są zgodne z istotnym stanem rzeczy.

Z 5-TEJ WYSTAWY DENTYSTYCZNEJ W NIEMCZECH.

NOWOCZESNE METODY BADAŃ KWALIFIKACYJNYCH W DZIEDZINIE PRODUKCJI ŚWIDRÓW DENTYSTYCZNYCH.

Firma Br. Funke, należąca do koncernu de-Trey (Düsseldorf), nadesłała na 5 tą niemiecką wystawę dentystyczną eksponaty głównie w postaci narzędzi do wiertarek a mianowicie: znanych świdrów i toczydeł Solila.

Dział ten, licznie odwiedzany, żywo zainteresował fachowców, gdyż czynne były przyrządy — maszyny, które w nader ciekawy sposób dowiodły, że jakość produkowanych przez wspomnianą firmę świdrów i toczydeł Solila zależy nie od jakichkolwiek bądź zapatrywań lub poglądów osobistych tego lub innego kierownika produkcji, osiąga się natomiast dzięki zastosowaniu zasad ściśle naukowych. Kombinowany aparat kwalifikacyjny do świdrów i frezów Solila wykazał sprawność tychże. Próby dokonywano na kości słoniowej, która pod względem twardości jest najwięcej zbliżona do zębiny, natomiast obróbka szkliwa dokonywana była na naturalnych zębach, które pomysłowo umocowano w aparacie.

Maszyna do badań kwalifikacyjnych umożliwiała ścisłe obliczenie pod każdym względem. Ciśnienie ustalało się zapomocą ciężarków, umieszczonych na szali wagowej, szybkość wykazywał wbudowany licznik obrotowy, osiągniętą zaś głębokość borowania oznaczały skala i wskazówka. Przy włączaniu aparatu świderek obracał się, licznik obrotowy i zegar hamujący włączały się automatycznie. Aparat nastawiono na odpowiednią głębokość borowania; po osiągnięciu tejże przyrząd elektryczny wyłączał automatycznie motór, licznik obrotowy i zegar zatrzymujący.

Celem zademonstrowania sprawności i trwałości świdrów Solila, przeprowadzono wszystkie pokazy w ciągu całego dnia wystawowego zapomocą jednego świdra, który dokonał prawie 200 wydrążeń o 4 mm. głębokości, nie wykazując jednak wydatnego zniszczenia. Lepszych dowodów jakości uzyskać się nie da. Nie mniej ciekawe były próby, które wykazały sprawność świdrów przy różnej liczbie obrotów. Przy ciśnieniu 600 gr. wymagał nprz. świderek przy 2000 obrotach na minutę, 25 sekund; przy 4000 obrotach — 18 sekund; przy 8000 obrotach tylko 8 sekund, by osiągnąć tę samą głębokość. Aparat umożliwia studja nad wpływem ciśnienia i liczby obrotów na sprawność każdego poszczególnego numeru.

Bardzo zajmującym jest również aparat, ustalający odporność na złamanie świdrów Solila. Również i ten aparat skonstruowany został w ten sposób, że możliwie zbliża się podczas prób do warunków praktycznych; świder wierci się w kleszczach, podczas gdy główka tegoż jest ściśniętą automatycznie przez sprężynę, która zapomocą również ściskadła stopniowo automatycznie napręża się. Ucisk wzmaga się tak długo, aż główka świdra odłamuje się, skala zaś wykazuje siłę ucisku, która spowodowała odłamanie. Do wszystkich prób na wystawie użyto numerów $^1/_2$, 1 i 2, gdyż zwykle, jak wiadomo, niebezpieczeństwo złamania jest największem właśnie podczas pracy ze świdrami o małych główkach.

(„Dental Echo" Vol. II, № 17, 1927). *S.*

CORRESPONDENZBLATT FÜR ZAHNÄRZTE

1927 № 1.
Wilhelm Diek. Biografja.
Psychologja naszych pacjentów. Rudolf Loewenberg.
Obrzmienia szczęk i traktowanie takowych. Prof. G. Axhausen
Przyczynek do anatomji patalog. procesu wykłuwania. Th. E. de Jonge Cohen
2 przypadki zawiązkowych torbieli w łączności z nosem R. Krüger.

1927. № 2
Schorzenia zębów lub dziąseł jako przyczyna chorób ogólnych. Georg. Exner.
Kiła w jamie ustnej. W. Kiendl.

1927. № 3
Stanowisko moje w stosunku do wycisków w technice protetycznej. Arnold Ehricke.
Terapja bodźcowa w zębolecznictwie. Dr. Weissenfels.
Czy nastąpić może wyleczenie odsłoniętej miazgi? W. Grabbe.
Badania nad stosunkiem wzajemnym szerokości czaszki do szerokości łuku zębowego. H. Berger.

DEUTSCHE ZAHNÄRZTLICHE WOCHENSCHRIFT.

1927. № 1
60-lecie urodzin Wilhelma Dieck'a. Dr. Cohn.
60-lecie urodzin Wilhelma Dieck'a. Dr. Roemer.
Wrzód zuchwy, wywołany dzi łaniem promieni Roentgena. Prof. Partsch.
W sprawie dzisiejszego stanu badań próchnicy. Prof. Euler
Ząb mądrości, który zawędrował w jamę oczną (Orbita). Matti Ayräpää.
Problemat wypełnienia przewodów korzeniowych. Dr Elander.
Wokołoszczytowe ognisko zapalne i wtórne usadowienie zapalenia nervus alveolaris inferior. Prof. Rebel.

1927 №. 2
Ciśnienie powietrzne i przylepianie przy umocowaniu dostawek. Dr. Greve.
Środki utleniające w zębolecznictwie. E. Priester.
Jeszcze w sprawie dyskusji o szkodliwości Randolfu. Dr. Faust.

1927. № 3
Czy rozróżnienie zasadnicze chorób zębów i chorób szczęk w sensie oświadczeń Towarzystwa Anatomji i Patalogji dentalnej — jest usprawiedliwionem? Dr Adloff
Kokainizm. Prof. Majer.

FORTSCHRITTE DER ZAHNHEILKUNDE.

1927 Lief. I
Anatomja. Dr. Rudolf Weber.
Patologja ogólna. Prof. W. Fischer.
Chirurgja ogólna (nauka o ranach). Prof. Georg. Axhausen.
Znieczulenie miejscowe. Prof. Guido Fischer.
Uśpienie ogólne. Dr. Edwin Hauberisser.
Kurs zębolecznictwa w Ameryce. Dr. Monheimer i dr. Reissner.

1927 Lief. II
Nauka o utensyljach dentystycznych, aseptyce i antyseptyce. Dr. Max Reinmöller.
Metody badań klinicznych. Dr. Hans Heinroth.

Patologja szczególna jamy ustnej. Prof. Hans Moral.
Kurs zębolecznictwa w Ameryce. Dr. Monheimer i dr. Reissner

1927. Lief. III
Chirurgja jamy ustnej (Djagnostyka i terapja) Prof. Otto Loos.
Patologja i terapja stawu żuchwowego Prof. Axhausen.
Patologja i terapja gruczołów ślinnych. Prof C. Partsch.
Kurs zębolecznictwa w Ameryce. Dr. Monheimer i dr. Reissner.

SCHWEIZERISCHE MONATSSCHRIFT F. ZAHNHEILKUNDE

1927. № 1 Pomiary międzyzgryzowych dróg stawowych podług metody Christensena w związku z zgryzadłem Hanau. W. Holzmann.
O formie (postaci) selenu w organizmie i stosunku tegoż do wrażliwości zębów. Th. Gassmann.

DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE

1927. № 1
Wsprawie objawów zrogowacenia nabłonka dziąsłowego. Paul Walpe
Przyczynek do patologicznej histologji miazgi. Wannenmacher

1927 № 2
Proces pierwszego rozwoju szkliwa zębowego. Prof. O Walkhoff.

1927. № 3
Zmiany zębowe przy kile wrodzonej. Kaffan H.
W sprawie leczenia ran operacyjnych wśródustnych. Hauberrisser.
Terapja mleczna schorzeń paradentalnych. J. Begelman.

1927 № 4
Zasada główna przemiany materji w zębie. E. Radosewić.
O uspokojeniu bólu przed i po zabiegach operacyjnych w jamie ustnej. G. Blessing

1927. № 5
Aparat żujący u szczura i myszy. Braïkow, Bogdan N.
Przyczynek do histologji okolic, położonych w kierunku bocznym od papilla palatina H. Wermuth.
Badania w sprawie wydzielania się rtęci u nosicieli i wykonawców wypełnień amalgamatowych. Ahmed Hassan El Cheik.
Zęby Dasypus novemcinctus wraz z uwagami o granicach szkliwa i zębiny i sprawy poprzecznego prążkowania w zębinie. Münch.

1927. № 6
70-lecie założenia stowarzyszenia dentystycznego w Hamburgu. Herrenknecht
20 lat stowarzyszenia dentystycznego w Hamburgu. Benrath.
Stan zapalny czy nowotwór? Partsch.
Włókna zębiny. Walkhoff.
Rozmyślania aktualne nad zadaniami ortodoncji. Kadner.
Celowe wypełnienie amalgamatowe. R Krüger.
O znaczeniu zębów dla trawienia. H. Pflüger
Etjologja torbieli korzeniowych A. Rohrer.
Sprostowanie zgryzu zapomocą protetyki ortopedycznej. A. Seefeld.
O symetrycznych nieprawidłowościach w aparacie zębowym. Türkheim

ZEITSCHRIFT FÜR STOMATOLOGIE.

1927 № 1.
O usunięciu brzegów dziąsłowych wypełnień wystających. Prof. Pichler,
Zakończenie brzegu złotych wkładek lanych. B Gottlieb.
Przyczyny i drogi samoistnie powstałego zabarwienia zębów. E H. Urbantschitsch.
Ropne zapalenie okostnej żuchwy. J. Weinmann
Nowe drogi w terapji wrzodziejących zapaleń śluzówki. J. Lukomski.
W sprawie histologji polipów miazgi. A Klein.

1927 № 2.
Technika odlewów złotych S. O. Cherpin.
Badania eksperymentalne problematu procesu gojenia w odsłoniętej zdrowej miazdze. Zmiany w obnażonej zdrowej miazdze. Silvia Palazzi.
W sprawie histologi zębiniaków. J. Fridrichowski.
Wielkie zmiany szczęki górnej wskutek źle przylegającej dostawki J. Presser.

1927 № 3.
Wskazówki do zestawienia pieca do robót porcelanowych z masy wysokotopliwej. C. Breitner.
Innowacja w postępowaniu przy zdjęciach roentgenologicznych w dentystyce. H Scherbel.
Próby nad wydzielaniem rtęci przez wypełnienia amalgamatowe. P. Schönbaum.
O twierdzeniu, dotyczącem niebezpieczeństwa wypełnień amalgamatowo-rtęciowych Inż. Sterner-Rainer.
W sprawie wypełnień amalgamatowych. E. Schreier.
O tworzeniu się torbieli w szczęce. W. Bauer.

S. S.

NOWE PISMO DENTYSTYCZNE.

We Francji ukazało się nowe pismo dentystyczne, poświęcone wyłącznie zastosowaniu elektryczności w zębolecznictwie. Adres: La Revue Dentaire D'Electrologie. Rue Bonaparte 28 Paris.

(Zahn. Rundschau № 13. 1927). *S.*

NOWE KSIĄŻKI.

Biedert Philipp: „Das Kind, seine körperliche und geistige Pflege von der Geburt bis zur Reife". Pierwsze wydanie Phillip Biedert. Wydanie 3, opracowane przez Alfreda Andresena, Gustawa Aschaffenburga, F. Bennedik'a i innych, firmy Wilhelm Rein i Paue Selter. Ryc. 127 w tekscie. Stuttgart: F. Ebke. VIII. str. 576.8⁰ cena 17,70 M ; oprawione — 20 M.

Bucky, Gustaw: „Anleitung zur Diathermiebehandlung". 2 oprac. wydanie. Ryc. 132 tekście. Berlin i Wiedeń. Urban Schwarzenberg 1927. VIII. str. 200. 8⁰. 6 M.

Körper und Arbeit. Handbuch der Arbeitsphysiologie. Wyd Edgaz Atzler. 102 ryc. Lipsk G. Thieme 1927. XII str 770. 4⁰. 42,50 M. Opraw: 45 M.

Stümpke Gustaw: „Die Medizinische Quarzlampe und Höhesohne, ihre Handhabung u. Wirkungsweise". 68 ryc w tekście. 3 powięk. i oprac. wyd. Berlin H. Meusser 1926. Str. 160. 8⁰. 6 M.

Voronoff,, Sergius. „Verhütung des Alters durch künstliche Verjüngung. Trasplantation d geschlechtsdrüsen vom Affen auf d. Menschen". Tłum. z franc. (Zoltan Nemes Nagy). Berlin: Eigenbrödler Verlag (1926). Str. 148; dużo tablic; 8⁰; M. 7.

(Fortschritte der Medizin. № 2. 1927) *S.*

Redaktor S. Sokalski.

CEMENT HARVARDA

normalny i szybkoschnący



Wypróbowany i uznany prawie od pół wieku

CEMENT HARVARDA

ostatecznie rozwiązał problem najlepszego cementu i zdobył sobie wszechświatową sławę.

UWAGA!

Żądajcie **CEMENTU HARVARDA** w jego oryginalnem opakowaniu, opatrzonem dwoma srebrn. med., jak na rysunku, co daje gwarancję jego prawdziwości.

RICHTER & HOFFMANN, BERLIN

Wyłączna reprezentacja na Rzeczposp. Polską:

J. SZWARC, WARSZAWA, UL. CZACKIEGO 6





Opłaca się konserwować zęby?



15 lat jest to okres czasu, który ustalił znaną opinję SMITH'A COPPER CEMENTU, dzięki skutecznemu używaniu i nieocenionym zaletom tegoż: trwałości, przylepianiu i nierozpuszczalności. Te 15 lat udowodniły niezbicie, że miedź w postaci zawartej przez nasz cement, jest nadzwyczaj dobrym środkiem bakterjobójczym. Praktycy mogą oczywiście korzystać ze zwykłego oxyfosfatowego cementu nie posiadającego właściwości bakterjobójczych, lecz tylko

SMITH'A COPPER CEMENT

jest materjałem uniwersalnym, który łączy w sobie jednocześnie tak cenne zalety, jak:

trwałość, przylepianie,
właściwości bakterjobójcze
i trwałość zabarwienia
(nie zmienia się w jamie ustnej).

Kosztuje tylko cokolwiek drożej niż zwykłe gatunki cementu.

Żądać we wszystkich składach dentystycznych

Davis, Schottlander & Davis, London W 1

Zastępstwo jeneralne na Polskę wyłącznie sprzedaży hurtowej:

ARTHUR SOMMERFELD, BERLIN C 2

SPANDAUERSTRASSE 40



Żądać we wszystkich składach dentystycznych!

Dentoria S.A. 153, Rue Armand-Sylvestre, **Courbevoie** (Seine)

TELEPHONE: COURBEVOIE Nº 100 - AD. TELEG.: DENTORIA - COURBEVOIE - R.C. SEINE 87-116

PORCELANA PLASTYCZNA

WSPANIALE ODBUDOWUJE ZĄB

GWARANTUJE:
NATURALNĄ BARWĘ
PRZEZROCZYSTOŚĆ, NIEROZPUSZCZALNOŚĆ
TRWAŁOŚĆ, CZYSTOŚĆ
WOLNA OD ARSZENIKU

WYRABIANA w KOLORACH:

BIAŁYM, JASNO-ŻÓŁTYM (KREMOWYM), ŻÓŁTYM, ZÓŁTAWO-RÓŻOWYM, CIEMNO-ŻÓŁTYM, SZARAWO-ŻÓŁTYM JASNYM, JASNO-SZARYM, CIEMNO-SZARYM, BRONZOWYM i RÓŻOWYM.



ŚWIDERKI DENTYSTYCZNE

ODDAJĘ DO OSTRZENIA FIRMIE

WIESE

Świderki do № 8 naostrzone, nanowo pakowane i sortowane marek niem. 4.50 za 100 sztuk.

Przesyłki proszę nadsyłać przez składy dentystyczne lub wprost jako „próbki polecone".

G. C. WIESE

fabryka świderków dentystycznych

BERLIN-ZEHLENDORF